

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

ROBERTA MENESES OLIVEIRA

**GERÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA COM AIDS:
ênfoque na dor associada**

**FORTALEZA – CEARÁ
2010**

ROBERTA MENESES OLIVEIRA

GERÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA COM AIDS:
ênfase na dor associada

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva.

FORTALEZA – CEARÁ
2010

O48g

Oliveira, Roberta Meneses

Gerência do cuidado à pessoa com AIDS: enfoque na dor associada / Roberta Meneses Oliveira. — Fortaleza, 2010.

114 p. ; il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 3. AIDS. 4. Dor. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 616.9792

ROBERTA MENESES OLIVEIRA

GERÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA COM AIDS:
ênfase na dor associada

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Defesa em: 09/12/2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof.^a Dr.^a Josenília Maria Alves Gomes
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

À minha família, que sempre esteve presente apoiando-me nas conquistas diárias e incentivando-me a batalhar para alcançar meus ideais.

Ao meu namorado, Walter, pelo companheirismo, suporte emocional, compreensão e por acreditar fielmente no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo equilíbrio, paciência, saúde e força para superar os obstáculos que apareceram nesta caminhada; por me fazer acreditar no meu potencial.

À minha orientadora, Dra. Lucilane Maria Sales da Silva, pela contribuição imensurável ao meu crescimento como pesquisadora, incentivando minha produção científica, sempre demonstrando extrema confiança nos trabalhos desenvolvidos, ao ensinar-me que a pesquisa é uma competência possível e essencial a todos que almejam um cuidar humanizado, gerenciado e qualificado.

À professora Maria Lúcia Duarte Pereira, pelos momentos compartilhados nestes dois anos de mestrado e pelas orientações fundamentais quanto à metodologia da pesquisa, pelo suporte dado na coleta de dados, pelo carinho e disponibilidade com que aceitou fazer parte da banca examinadora desta dissertação, meus sinceros agradecimentos.

À professora Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, pela eterna amizade, confiança, incentivo e ensinamentos constantes, e, principalmente, pelo seu exemplo de dedicação e garra.

À Dra. Josenília Alves, pelos ensinamentos nos inúmeros encontros interdisciplinares sobre o manejo da dor e pela disponibilidade em fazer parte da banca examinadora.

Aos meus eternos colegas da 5ª turma do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Pela amizade construída, pelas palavras de otimismo, pelos momentos felizes e momentos difíceis que conseguimos superar juntos.

Às minhas colegas de trabalho do Hospital Monte Klinikum, parentes e amigos que me sempre me incentivaram e acompanharam nesta caminhada.

Às acadêmicas de enfermagem Rebeka Rafaella e Danielly Sousa, pelo envolvimento e incentivo no período de coleta de dados.

À acadêmica de enfermagem Sarah Vieira, especialmente, pelo grandioso empenho em ajudar na coleta de dados, estando sempre à disposição e demonstrando entusiasmo de futura profissional que fará a diferença.

Aos médicos e enfermeiros do HSJ que colaboraram como sujeitos desta pesquisa, através de seus depoimentos, suas experiências, me recebendo de forma atenciosa, minha eterna gratidão.

Aos portadores da aids, sujeitos deste estudo, pela disposição e paciência em contribuir para a pesquisa.

As secretárias do Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde, Luciana e Selma, por toda a atenção dispensada durante o curso.

Àqueles que, porventura, eu tenha esquecido de citar o nome, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

OLIVEIRA, R. M. **Gerência do cuidado à pessoa com aids: enfoque na dor associada.** 2010. 114f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde)–Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

Objetivou-se analisar a gerência do cuidado à pessoa com aids hospitalizada, tendo como foco a dor associada. Estudo de abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, realizado em hospital de referência em Fortaleza-CE para tratamento de doenças infecciosas, entre maio e setembro de 2010. A amostra foi composta por 83 pessoas, sendo 20 profissionais de saúde e 63 pacientes com aids hospitalizados. Utilizou-se da Triangulação de Métodos com aplicação de três técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada, formulário e *checklist* para análise dos registros nos prontuários. Dados quantitativos foram apresentados em tabelas (frequências relativa/absoluta) e buscou-se relação entre variáveis com os testes de razão de verossimilhança, t de *student* e qui-quadrado. Utilizou-se Análise de Conteúdo de Bardin para analisar entrevistas com os profissionais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (protocolo 063/2009). Da análise de Bardin, emergiram duas classes temáticas, cinco categorias e 14 subcategorias sobre dor associada à aids (caracterização, avaliação clínica e cuidado clínico) e Estrutura gerencial para o cuidado à pessoa com aids (condições favoráveis e desfavoráveis). Encontraram-se, principalmente, relatos sobre um cuidado clínico priorizando o tratamento farmacológico, além da inexistência de atendimento específico para dor na instituição, falta de profissionais experientes no manejo da dor, demanda elevada e falhas na referência/contra-referência. Na análise quantitativa, observou-se elevada prevalência de dor nos pacientes internados (95,3%), coincidindo com a opinião da maioria dos profissionais (17) e dos registros nos prontuários (90,5%). A dor foi considerada de caráter intermitente na maior parte da amostra (41,7%), localizada principalmente na cabeça (56,7%), abdome (53,3%), membros inferiores (45%), entre outros locais como tórax e coluna lombar. Os principais motivos da internação foram infecções oportunistas (74,6%) e síndrome diarreica (22,2%); 58,7% estavam em tratamento antirretroviral; quanto à analgesia, 73,3% relataram uso de analgésicos no domicílio: analgésicos simples (55,6%), anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES) (25%), e outros (15,9%). A maioria (70%) relatou não utilizar outros métodos para alívio da dor, enquanto 30% relataram chás, pomadas analgésicas, compressas geladas/mornas e massagens. Com relação à analgesia recebida, a maioria estava satisfeita (55,5%) e apenas 3,2% estavam insatisfeitos. A análise do *check-list* permitiu confirmar dados sobre as características da dor/analgesia registradas nos prontuários, sendo encontradas anotações de médicos e enfermeiros na maioria dos prontuários (90,5%), especificando, principalmente, localização (100%), fatores de melhora/piora (61,4%) e intensidade (43,8%). A maioria (95,2%) não continha dados sobre resultado da analgesia nem prescrição de métodos não-farmacológicos para alívio da dor. Conclui-se que o estudo traz dados relevantes sobre a dor em pacientes com aids hospitalizados, tendo sido constatadas características que coincidem com outros estudos sobre a temática, como sua alta prevalência. O serviço mostrou condições estruturais desfavoráveis ao adequado manejo da dor nessa clientela, demonstrando a necessidade de repensar o modelo gerencial de cuidado para promover intervenções de maior eficácia analgésica. Faz-se necessário, para tanto, aprimorar o atendimento interdisciplinar à dor, conscientizar os profissionais e melhorar os registros no que diz respeito à utilização de métodos mais acurados para sua avaliação e tratamento.

Palavras-chave: Enfermagem. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV. Dor. Administração dos Cuidados ao Paciente.

ABSTRACT

OLIVEIRA, R. M. **Care management to people with aids:** focus on pain associated. 2010. 114f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde)—Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

The objective was to examine the management of care for people with AIDS in hospital, focusing on pain associated. Exploratory and descriptive study based on quantitative and qualitative approaches, developed in a referral hospital in Fortaleza for the treatment of infectious diseases, between May and September of 2010. The sample comprised 83 individuals: 20 health professionals and 63 hospitalized AIDS patients. We used the triangulation of methods with application of three techniques of data collection: interview, semi-structured form and checklist for analysis of patient records. Quantitative data were presented in tables (frequencies relative/absolute) and sought a relationship between variables with the likelihood ratio tests, Student t and chi-square. We used content analysis of Bardin to analyze the interviews with professionals. The project was approved by the Ethics in Research Committee (protocol 063/2009). By Analysis of Bardin, were created two thematic categories, five categories and 14 subcategories about pain associated with AIDS (characterization, clinical evaluation and clinical care) and management structure for the care of person with AIDS (favorable and unfavorable). We found mainly reports on clinical care prioritizing pharmacological treatment, besides the absence of specific treatment for pain in the institution, lack of experienced professionals in pain management, many patients to care and failures in reference and counter-reference. In quantitative analysis, we found a high prevalence of pain in hospitalized patients (95.3%), coinciding with the opinion of most professionals (17) and of patients records (90.5%). The pain was intermittent in nature considered in most of the sample (41.7%), located mainly in the head (56.7%), abdomen (53.3%), legs (45%), among other places such as chest and lumbar spine. The main reasons for hospitalization were opportunistic infections (74.6%) and chronic diarrhea (22.2%); 58.7% were on antiretroviral treatment; regarding analgesia, 73.3% reported use of analgesics at home, including simple analgesics (55.6%), anti-inflammatory non-steroidal drugs (NSAIDs) (25%) and others (15.9%). The majority (70%) reported not using other methods to relieve pain, while 30% reported teas, analgesics ointments, application of cold and warm at local pain, and massages. About analgesia received, most were satisfied (55.5%) and only 3.2% were dissatisfied. Analysis of the checklist allowed to confirm data on the characteristics of pain / analgesia recorded in their files, being found notes from doctors and nurses in most medical records (90.5%), specifying, primarily, location (100%), improvement and worsening factors (61.4%) and intensity (43.8%). The majority (95.2%) did not contain data about results of analgesia or prescription of non-pharmacological methods for pain relief. We conclude that the study provides relevant data on pain in aids patients; was found a high prevalence and characteristics that coincide with other studies on this subject. The service showed unfavorable structural conditions to the appropriate management of pain at these patients, demonstrating the need to rethink the model of care management interventions to promote greater efficacy of analgesia. It is necessary to improve interdisciplinary approach to pain, awareness professionals and improve records regarding the use of more accurate methods for pain evaluation and treatment.

Keywords: Nursing. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Pain, Patient Care Management.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Perfil dos profissionais entrevistados em instituição de referência no atendimento ao HIV/aids. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	36
QUADRO 2	Fatores associados ao surgimento e à persistência da dor em pacientes com aids na opinião dos profissionais. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	38
QUADRO 3	Principais locais de dor apresentados por pacientes com aids na opinião dos profissionais. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	40
QUADRO 4	Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	42

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características sócio-demográficas e clínicas da amostra. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010	68
TABELA 2	Dados sobre dor e analgesia relatados por portadores da aids hospitalizados. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	72
TABELA 3	Condutas tomadas pelos profissionais para o alívio da dor na percepção de pacientes com aids hospitalizados. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	79
TABELA 4	Pessoas implicadas no cuidado à dor do paciente com aids hospitalizado. Fortaleza- CE, maio-setembro 2010.....	80
TABELA 5	Dados sobre dor e analgesia registrados em prontuários de pacientes com aids. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	83
TABELA 6	Qualidade, fatores de melhora/piora e prejuízos advindos da dor registrados em prontuários de pacientes com aids hospitalizados. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010.....	86

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AINES	Antiinflamatórios não-esteroidais
CMV	Citomegalovírus
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INTR	Inibidores Nucleosídicos de Transcriptase Reversa
IO	Infecções Oportunistas
MAC	<i>Micobacterium avium complex</i>
NTX	Neurotoxoplasmose
ONG	Organizações Não-governamentais
ONG/AIDS	Organizações não governamentais que trabalham com HIV/aids
PPC	Pneumonia por <i>pneumocistis carinni</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral
TB	Tuberculose
UR	Unidade de Registro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1	DOR EM PESSOAS COM HIV/AIDS: características e prevalência.....	20
3.2	GERÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA COM AIDS NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	24
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
5.1	DOR E AIDS: perspectiva dos profissionais.....	36
5.1.1	Manejo da dor associada à aids.....	37
5.1.2	Gerência do cuidado à pessoa com dor associada à aids.....	41
5.2	DOR E AIDS: perspectiva dos pacientes hospitalizados.....	67
5.2.1	Perfil da amostra.....	67
5.2.2	Características da dor e medidas de controle.....	71
5.2.3	Percepção sobre o cuidado recebido e a satisfação com a analgesia.....	78
5.3	DOR E AIDS: análise dos registros em prontuários.....	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	91
	APÊNDICES.....	100
	APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	101
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PACIENTE.....	102
	APÊNDICE C – CHECK-LIST: PRONTUÁRIOS.....	103
	APÊNDICE D – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN.....	104
	ANEXO.....	114

ALI ONDE ESTÁ A DOR TAMBÉM ESTÁ A CURA...



Não é fácil sentir dor. O corpo não sabe como reagir a ela, já que buscamos o equilíbrio e o bem estar e todo o organismo funciona nessa direção. A dor contrai, traz um espasmo – tem gente que rola de dor, que grita que fica gemendo e se embalando. Tem quem fica bravo, irritado, intratável. Há os que regridem e viram bebês entregues e rendidos aos cuidados de quem for, na esperança da remissão da dor-castigo.

A dor não vem de fora, ela vem de dentro e é um alarme, não um adversário. É a dor que sinaliza que algo não vai bem. Importa perceber e compreender sua origem, o nascimento e o caminho dessa dor, seus reflexos e metáforas.

Lúcia Rosenberg

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) acomete os indivíduos em três fases distintas: na primo infecção, na fase silenciosa e na doença clínica (CHAVES, 2009). Esta última diz respeito à aids, sigla em inglês correspondente à síndrome da imunodeficiência adquirida, que se instala quando pessoas infectadas pelo HIV encontram-se com o sistema imunológico comprometido, deixando o organismo mais vulnerável a diversas doenças oportunistas. Cabe citar que essa doença significa o estágio mais avançado da infecção pelo HIV (BRASIL, 2010).

Constituída em um sério problema de saúde pública, a aids desafia a comunidade científica, os profissionais da saúde e a sociedade em geral a reverem os conceitos de saúde e buscarem estratégias para controle das taxas de incidência e melhoria da qualidade de vida dos portadores, seja individualmente, seja coletivamente (SELLI; CHECHIN, 2005).

No atual contexto da saúde no Brasil, a dor é uma das queixas mais comuns das pessoas que procuram centros de atendimento de urgência e ambulatorios em diversas especialidades médicas e profissionais de saúde. Em pacientes com aids, este também é um sintoma comum, podendo ocorrer em todos os estágios da doença, apresentando-se de forma diferenciada em cada um deles. Quanto mais a doença progride, maior é sua incidência e intensidade (CICHOCKI, 2009).

Estimativas da prevalência da dor em indivíduos portadores do HIV mostram que essa experiência sensorial e emocional desagradável está presente em 40 a 60% dos casos (BRAVIM, 2009). Especificamente, a dor que acompanha a aids ocorre por três motivos principais: como um sintoma do HIV; como sintoma de outra doença ou infecção oportunista; como um efeito colateral das drogas do tratamento antirretroviral (TARV) (CICHOCKI, 2009).

As principais queixas de dor nos pacientes com aids incluem dor/dormência nos membros superiores e inferiores (49%) e cefaleia (39%), entre outros (MATHEWS; MCCUTCHEON; ASCH, 2000). Além disso, condições associadas à dor crônica ou intermitente mostram-se frequentes, incluindo infecções intestinais por *mycobacterium avium-intracellulare* e

criptosporidium, que causam espasmos e dor abdominal intermitente; hepatosplenomegalia, resultando em distensão abdominal e dor; candidíase oral e de esôfago, causando dor enquanto o paciente está se alimentando; e espasticidade severa associada a encefalopatias, que causam espasmos musculares dolorosos (CASTRO, 2009).

O mesmo autor ressalta que transtornos afetivo-emocionais também são comumente evidenciados nos portadores da doença, principalmente devido à cronicidade da dor e do estigma que marca a própria patologia. Além da dor física, os pacientes experienciam angústia, ansiedade, depressão, irritabilidade, frustração com a ineficácia do tratamento, a perda do emprego e da posição social, o desfiguramento físico, a perda das habilidades físicas, a sensação de inutilidade, a incerteza do futuro e o medo da morte (CASTRO, 2009).

No tocante à dor, apesar dos avanços nas diversas áreas de conhecimento a ela relacionadas (epidemiologia, fisiopatologia e terapêuticas), os resultados dos tratamentos, como prevenção das recorrências, avaliação e manejo, ainda são insatisfatórios (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009). Nos casos de dor associada ao HIV/aids, há grande interação negativa de drogas frequentemente utilizadas para analgesia e os medicamentos antirretrovirais, dificultando o tratamento dos sintomas álgicos nessa clientela. Além disso, há maior incidência de efeitos colaterais de medicações (alergias, hepatites, nefropatias, entre outros); as causas de sintomas físicos em aids são, frequentemente, originadas por infecções e, portanto, potencialmente tratáveis, fazendo-se necessário tal conhecimento pelos profissionais de saúde; há maior subtratamento de dor na aids do que no câncer: 85% e 49%, respectivamente; há pior escala de bem-estar emocional em relação a qualquer doença crônica, independente do estágio da doença, exceto a depressão primária (FIGUEIRÓ, 2003).

Nesse contexto, sabe-se que a dor, seja aguda ou crônica, acarreta inúmeros prejuízos à saúde pública, incluindo prejuízos humanos, ocupacionais e laborais. Os humanos envolvem desequilíbrios psíquicos e mentais apresentados pelos doentes, entre os quais se destacam a depressão, a ansiedade, as alterações do sono, a irritabilidade e a raiva; os prejuízos funcionais ocorrem tanto no social, quanto no lazer, no trabalho e na produtividade; já os prejuízos ocupacionais e laborais dizem respeito ao fato da dor ser um dos principais motivos de afastamento do trabalho, absenteísmo, licenças, pecúlios, litígios e baixa produtividade (FIGUEIRÓ, 2003).

Para os governos, os prejuízos também são enormes, pois um paciente mal atendido reincide no sistema de saúde inúmeras vezes, caracterizando uma rede de atenção desintegrada e sem resolubilidade. Uma pessoa com dor não desiste de buscar auxílio, principalmente se essa dor tem um caráter associado a grande sofrimento, tortura e incapacidade, o que pode ser, facilmente, observado nos pacientes com HIV. Em cada uma das vezes que estes retornam ao sistema de saúde, fazem novos exames, avaliações, procedimentos, cirurgias, enfim, uma série de intervenções do sistema de saúde frequentemente desnecessárias e, por vezes, prejudiciais. Isso caracteriza um ato de iatrogenia, problema grave em relação à dor, pois decorre de falhas na prevenção, no diagnóstico, na orientação terapêutica, na reabilitação e na reintegração funcional (FIGUEIRÓ, 2003).

Acrescenta-se o fato dos pacientes, cada vez mais, continuarem a superlotar os ambulatorios e instituições de caráter secundário e terciário na busca de uma resolução eficaz da sua condição de saúde. Essa peregrinação no sistema de saúde gera mais sofrimento, desgaste físico, emocional e, conseqüentemente, piora da dor para os portadores de HIV, que ainda carregam consigo o estigma do preconceito.

Dessa forma, a dor na aids, independente da causa, configura-se numa condição frequente e incapacitante, exigindo cuidados contínuos com ações interdisciplinares efetivas no diagnóstico, avaliação e tratamento, pois só assim pode-se garantir qualidade ao atendimento destas pessoas.

Atualmente, não há dados oficiais sobre os custos sociais de dor no Brasil, porém, em países como os Estados Unidos da América (EUA), há estimativas de que 80 bilhões de dólares são gastos anualmente pelos empregadores para tratamento dos indivíduos na faixa etária produtiva e a perda de produtividade representa custo de 64 bilhões de dólares ao ano naquele país (YENG; TEIXEIRA, 2004).

Baseado no disposto, um adequado manejo da dor deveria levar em consideração os fatores anteriormente descritos, no entanto, o que se percebe é a pequena valorização dada pelos profissionais de saúde, os quais realizam um cuidado fragmentado, visando apenas à etiologia do quadro algico e à prescrição de analgésicos. Os profissionais, em sua maioria, esquecem de questionar o paciente quanto à história da dor, fatores relacionados ao seu aparecimento, terapias

previamente e rotineiramente utilizadas e as repercussões da dor em sua vida (LARUE; FOUNTAINE; COLLEAU, 1997)

Além disso, fatores psicoemocionais, culturais e sociais associados ao quadro algico devem ser reconhecidos pelo profissional de saúde que assiste às pessoas com aids. Para tanto, é preciso que este esteja envolvido para aprimorar um modelo de gerência do cuidado direcionado ao manejo eficaz da dor, valorizando suas multidimensões, fazendo com que o paciente satisfaça plenamente suas necessidades e sinta-se sujeito ativo no processo de cuidar.

Numa nova perspectiva, ressalta-se que o cuidado em saúde é um sistema complexo que supera a dimensão do cuidado linear, fragmentário e unidimensional, afirmando-se como um fenômeno relacional que transforma, mantém ou produz acontecimentos, componentes e indivíduos (BACKES et al, 2006). Dessa forma, este cuidado entra em atividade quando são feitas negociações entre o profissional e o usuário, mediante necessidades levantadas nos encontros que acontecem nos diversos cenários do campo da saúde.

Trabalhar com a gerência do cuidado exige, portanto, ter o foco tanto na unidade de saúde como na trajetória do usuário-paciente. Dessa forma, envolve questões que demandam planejamento e recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas.

O interesse pela temática da gerência do cuidado à dor iniciou ainda na graduação, especificamente no 4º semestre, quando nos inserimos no Grupo de Pesquisa em Tecnologia para o Cuidado Clínico da Dor (TECDOR). Nossa inquietação foi pautada no conhecimento sobre o manejo da dor pelos profissionais, incluindo saberes e práticas, principalmente os da equipe de enfermagem, que são os que mais estão próximos dos pacientes, possibilitando melhor avaliação da dor, bem como da resposta às terapêuticas implementadas e dos efeitos colaterais das medicações.

Durante esse período, realizou-se pesquisa para avaliação da dor em pessoas com fibromialgia e lombalgia, instituindo os múltiplos métodos de avaliação da dor na prática assistencial de enfermagem, incluindo as escalas uni e multidimensionais. Desse modo, nosso

interesse pelo estudo da dor crescia durante todo o desenrolar da pesquisa, tendo sido concretizado com a publicação de artigo científico sobre a temática em periódico nacional.

Na prática assistencial em hospital privado, teve-se a oportunidade de desenvolver, implantar e validar um Protocolo de Avaliação da Dor como o 5º sinal vital na rotina da instituição, a qual atendia a uma clientela formada, predominantemente, por pacientes em pós-operatório; oncológicos; portadores de patologias crônicas diversas, incluindo pessoas com HIV/aids, alguns em tratamento clínico prolongado (OLIVEIRA, 2009).

O que se pôde constatar é que, na ocasião, o manejo da dor em pacientes institucionalizados era feito de modo incipiente. Médicos, enfermeiros e os demais profissionais da equipe interdisciplinar não realizavam avaliação da dor de forma acurada, com escuta dos pacientes, sensibilização por sua dor e sofrimento e implementação de tratamento direcionado às queixas dolorosas por eles apresentadas. Nesse contexto, a dor oncológica e a dor no paciente com HIV/aids mereceram destaque, pois observou-se subdiagnóstico, subtratamento e subnotificação, o que sugere uma lacuna de conhecimentos dos profissionais sobre causas, fatores associados, terapêuticas utilizadas e avaliação multidimensional (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010).

Nos últimos 30 anos, inúmeras pesquisas clínicas têm produzido melhorias terapêuticas para pacientes infectados com o HIV, mas problemas de controle da dor e outros sintomas, nesses pacientes, há pouco começaram a ser motivo de estudo (NAIR et al, 2009; CICHOCKI, 2009). Portanto, considera-se pertinente realizar estudo na busca de esclarecimento sobre a gerência do cuidado à pessoa com aids, incluindo o manejo da dor pelo profissional de saúde e a visão do paciente internado sobre a dor sentida e o tratamento recebido. Além disso, propõe-se a identificação das queixas dolorosas dos pacientes como fator importante para o planejamento de ações resolutivas e pautadas na integralidade da atenção.

Na atualidade, entende-se que o profissional necessita ter uma visão ampla, com maior responsabilidade e compromisso, não apenas com o cliente, individualmente, mas sobretudo com a sociedade. É necessário que exerça papel de agente de mudança organizacional e social, investindo na inovação do processo de trabalho (PETERLINI, 2004).

É necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

Deste modo, os profissionais envolvidos na gerência do cuidado às pessoas com aids em vigência de dor devem estar implicados na qualidade do cuidado, incluindo gestores e profissionais da assistência. Assim, a articulação destes trabalhadores pode fortalecer as diversas redes de atenção e promover mudanças importantes para a qualidade de vida dessas pessoas.

Nesse contexto, surgiram alguns questionamentos diante do problema:

- Como se dá o manejo da dor associada à aids pelos profissionais que atuam em hospital de referência no atendimento de doenças infecciosas?
- Como se configura a estrutura gerencial do serviço para o manejo da dor?
- Qual a percepção da pessoa com aids hospitalizada sobre o cuidado recebido para o tratamento da dor?

Elucidar tais questionamentos pode permitir o estabelecimento de relações entre estratégias de cuidado interdisciplinares ao paciente com dor e a elaboração de políticas públicas voltadas para a assistência a este paciente. Finalmente, propõe-se gerar subsídios para o incremento da gerência do cuidado à dor no serviço, com a utilização de instrumentos validados e a proposta de um ambulatório destinado a este fim.

Parte-se do pressuposto que a abordagem ao portador de aids com queixas de dor é considerada fragmentada nos diversos níveis de atenção, pois os profissionais situam o atendimento na terapêutica medicamentosa; registros relacionados à dor, quando realizados, são feitos de forma incipiente pelos profissionais de saúde; a estrutura gerencial disponível para o manejo da dor dos portadores de aids é fragilizada e incipiente. Na maioria das vezes, necessidades biológicas, psicológicas, funcionais e sociais dos pacientes não são elucidadas durante os encontros profissional-usuário em serviços de atendimento especializados em aids.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a gerência do cuidado à pessoa com aids hospitalizada, tendo como foco a dor associada.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o manejo da dor associada à aids na perspectiva dos profissionais de saúde de serviço especializado em HIV/aids;
- ✓ Caracterizar a estrutura gerencial disponível para o manejo da dor em instituição de referência no tratamento do HIV/aids;
- ✓ Estabelecer o perfil da dor e os métodos de controle utilizados pelos pacientes;
- ✓ Analisar a percepção do paciente sobre o cuidado recebido e a satisfação com a analgesia.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DOR EM PESSOAS COM HIV/AIDS: características e prevalência

A dor é sintoma frequente e considerado a principal queixa daqueles que procuram os serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção. Configura-se como uma manifestação que pode alcançar níveis epidêmicos em determinadas populações, com importantes consequências sociais e econômicas negativas.

Há mais de trinta anos, a dor foi conceituada, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada à lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. É considerada manifestação subjetiva em que estão envolvidos mecanismos físicos, psíquicos e culturais (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

A dor pode ser classificada, originariamente, em aguda ou crônica. A dor aguda é considerada uma resposta normal a lesões teciduais experimentadas durante traumas, cirurgias ou doenças, persistindo por dias ou semanas e regredindo durante o processo de recuperação (FREITAS et al, 2009). Possui, ainda, propósito biológico de servir como aviso para a lesão ou perigo, sendo a dor pós-cirúrgica uma de suas formas mais comuns. Já na situação crônica, a dor persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão, ou está associada a processos patológicos crônicos, apresentando-se com mais de três meses de duração e manifestando-se de modo contínuo ou recorrente.

Pela característica de prolongada, a dor crônica geralmente torna-se o foco primário de atenção do doente e atrapalha grande parte das atividades, sendo uma das principais causas de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. Assim, essa dor é acompanhada de um quadro clínico que apresenta impacto desfavorável na qualidade de vida, interferindo nas atividades diárias de até dois terços dos pacientes, principalmente na capacidade de realizar exercícios, desempenhar atividades da vida diária, bem como executar atividades laborais (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

No âmbito das doenças infecciosas, a dor é um sintoma comumente relacionado aos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), mesmo na ausência de cânceres oportunistas, como o sarcoma de Kaposi. Os princípios de determinação e tratamento da dor, nestes pacientes, não são fundamentalmente diferentes daqueles em pacientes com câncer (BRAVIM, 2009).

À medida que o HIV altera o sistema imunitário de um indivíduo afetado, o número de infecções e malignidades vai aumentando e as sequelas geradas da imunossupressão têm um sintoma comum frequente de dor (MC COLLUM; PITTMAN, 2010). Deste modo, o predomínio da dor, nos indivíduos infectados pelo vírus, varia dependendo do estágio da doença, dos cuidados e da metodologia de tratamento.

Estimativas da ocorrência de dor associada ao HIV mostram um predomínio do aumento da dor conforme a doença progride. Em estudo prospectivo de preponderância da dor, 38% dos portadores do HIV ambulatoriais relataram dor significativa, 50% dos pacientes com aids relataram dor, enquanto somente 25% daqueles nos primeiros estágios da infecção pelo HIV tiveram dor. Os pacientes tinham uma média de duas ou mais dores simultaneamente (BRAVIM, 2009).

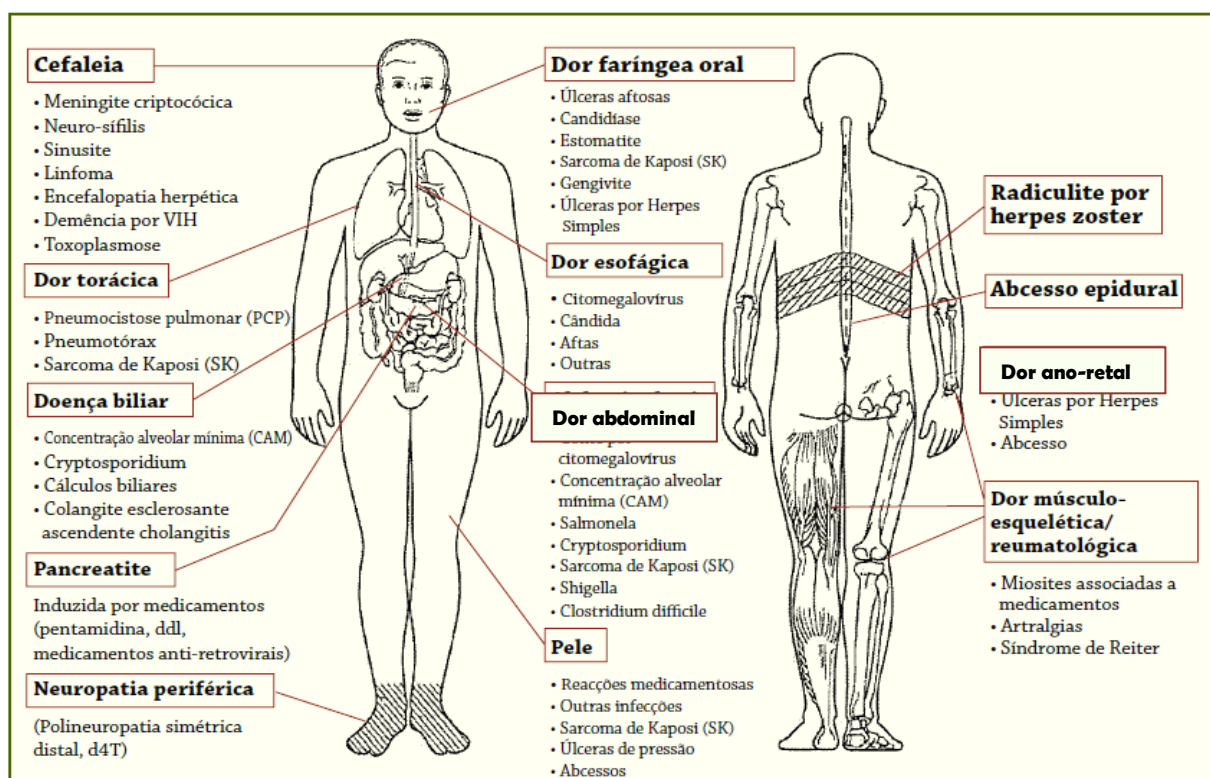
Estudiosos têm divulgado os objetivos da Gestão da Dor para profissionais de saúde que atuam em serviços especializados no atendimento ao HIV/aids (MC COLLUM; PITTMAN, 2010). Os objetivos envolvem: descrever a natureza complexa da dor; compreender as melhores formas de avaliar a dor, através do auto-relato do paciente, da observação comportamental e de medidas fisiológicas associadas; descrever as síndromes de dor única sentida pelos doentes com o HIV/aids e as medidas específicas utilizadas no alívio da dor; compreender como utilizar a Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS) para iniciar e titular os medicamentos para dor; e descrever a gestão dos sintomas na fase terminal em indivíduos com HIV/aids, incluindo dispnéia, diarreia, constipação, náuseas/vômitos, anorexia, edema periférico e soluços incontrolláveis.

As síndromes de dor mais comumente associadas ao HIV/Aids e relatadas até hoje incluem: neuropatia sensorial periférica dolorosa, dor decorrente de prolongado sarcoma de Kaposi, dores de cabeça, dores faringeal e abdominal, artralgias e mialgias, bem como condições dermatológicas dolorosas (BRAVIM, 2009).

Na aids, os sintomas mais freqüentes e que surgem desde o início da infecção, permanecendo durante todo o curso da doença, são fadiga, dor e insônia. No entanto, podem ocorrer também sintomas gastro-intestinais, sintomas do foro respiratório, provocados por patologia infecciosa pulmonar, sintomas cutâneos provocados por infecções fúngicas, bacterianas ou virais (*Herpes simplex* ou *Herpes zoster*), sintomas provocados por tumores malignos (*Sarcoma de Kaposi*, podendo ter localizações cutâneas, gastro-intestinais e brônquicas) ou linfomas, sintomas neurológicos centrais (encefalopatias) ou periféricos (neuropatias, retinopatias), outras manifestações resultantes de infecções oportunistas de qualquer outro aparelho (CHAVES, 2009). Toda esta sintomatologia pode resultar em quadros dolorosos que precisam de uma atenção mais específica dos profissionais que atendem essa clientela.

Apesar das manifestações clínicas características da aids não serem auto-imunes, os pacientes podem apresentar manifestações reumatológicas com maior freqüência que a população em geral, sendo descritas por até 40% dos pacientes (ROESSLER V, 2007).

A figura a seguir resume as origens e locais de dor em pessoas infectadas pelo HIV:



Fonte: Adaptado de McCollum e Pittman (2010).

Nos últimos anos, o guia para o tratamento da dor no câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) tem sido implementado, com sucesso, no tratamento de portadores do HIV/aids com queixas de dor (AIRES; BAMMANN, 2005). No entanto, algumas características da dor na aids são diferentes da dor no câncer, devendo ser destacadas: aids é uma doença multissistêmica, predispondo o paciente a um número crescente de situações dolorosas; complicações infecciosas, conforme descritas anteriormente, embora potencialmente tratáveis, são a principal causa de dor; existe um grande número de comorbidades psiquiátricas e demenciais que tornam mais difíceis a avaliação e o tratamento da dor; multi-esquemas usados para tratar as doenças oportunistas pressupõem mais interações medicamentosas e maior suscetibilidade dos pacientes aos seus efeitos; muitos pacientes são usuários de drogas ilícitas, tornando difícil o uso regular e apropriado de opióides; especialistas no manejo da dor raramente são incluídos na equipe multidisciplinar de saúde que promovem o cuidado aos pacientes com aids.

Quanto à prevalência de cada tipo de dor, estudo multicêntrico com 140 pacientes mostrou que, aproximadamente, 68% dos portadores do HIV/aids, em diferentes estágios da doença, apresentaram dor nociceptiva e 32% dor neuropática. Para chegar a esta distinção, aqueles pacientes que descreveram a dor como cólica, “que prende ou racha”, suave ou pesada, de acordo com o Questionário Mc Gill de Avaliação da Dor, foram categorizados como tendo o primeiro tipo. Já aqueles que relataram dor penetrante, afiada ou “em queimação” foram categorizados como tendo dor neuropática (NAIR et al, 2009). No mesmo estudo, dor de cabeça foi agrupada como dor nociceptiva. Assim, dos 28,75% pacientes que relataram dores de cabeça, 25% estavam sob terapia anti-retroviral; 23,75% dos pacientes descreveram dor em dois locais e 11,85% queixaram-se de dor em três locais diferentes.

Apesar do modelo da OMS para o tratamento da dor oncológica não ter sido sistematicamente validado, pesquisas clínicas descrevem seu sucesso no manejo da dor na aids, particularmente com relação ao uso de opióides para tratar dor intensa ou severa. Além disso, drogas adjuvantes, como antidepressivos, têm se mostrado efetivas para o tratamento da dor neuropática, comum no curso da aids e que é, apenas em parte, sensível a opióides (LARUE; FOUNTAINE; COLLEAU, 1997).

Os autores acrescentam que estudos demonstram inadequação no manejo da dor para pacientes com aids, o que se deve à subestimação dos médicos e a uma lacuna de conhecimento

sobre as propriedades do tratamento analgésico nesta clientela. Somado a isto, características dos próprios pacientes têm sido associadas ao alto risco para o subtratamento da dor, as quais incluem sexo, nível de escolaridade e uso de drogas injetáveis (NAIR et al, 2009).

Outro fator importante a ser considerado no manejo da dor é a sua adequada avaliação e registro, como abordam os estudiosos: “Um profissional de saúde deve avaliar e documentar a dor a intervalos regulares – a cada nova queixa de dor e depois de uma intervenção, farmacológica ou não, para proporcionar a melhor gestão possível da dor” (MC COLLUM; PITTMAN, 2010, p.310). Além disso, devem-se atentar para os fatores associados à manifestação da dor, além dos biológicos, entre eles: *psicológicos* (experiências passadas com dor, estado emocional, personalidade, nível de desenvolvimento); *fatores de estresse da vida* (estresse financeiro, morte de um parente, falta de acesso a alojamento adequado e a serviços de saúde de qualidade); *atitudes familiares e sociais* (modelos familiares, negação da doença, apoio social, preocupações de tolerância da medicação); e *culturais/espirituais* (sexismo, conceitos culturais e religiosos sobre o significado da dor).

Portanto, tratar adequadamente a dor no paciente com HIV/aids requer maior atenção dos profissionais aos fatores não-fisiológicos envolvidos além da experiência física da dor, os quais afetam a forma com a qual ela é percebida.

3.2 GERÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA COM AIDS NO CONTEXTO HOSPITALAR

O cuidado é o elemento que compõe as práticas de saúde, mas que não se reduz a instrumento de trabalho em saúde, sendo considerado um dispositivo que pode produzir subjetividade e ressignificação para as pessoas em situação de doença (SELLI et al, 2008).

Na Enfermagem, o cuidar consiste na essência da profissão, em que acontecem esforços transpessoais de ser humano para ser humano, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

Fernandes (2006) afirma que o cuidado tem, também, papel mobilizador dos saberes em construção dentro e fora da enfermagem, proporcionando articulação para colocá-los em ação (atos cuidadores).

Na prática médica, autores já discutem a necessidade de reabilitar a relação médico-paciente, fortalecendo a confiança mútua na relação, considerada o grande desafio da profissão, entendendo que, obrigatoriamente, esse caminho passa pelo cuidado com o ser humano (DANTAS FILHO; SÁ, 2009).

Nesse contexto de mudanças de atitudes no tocante à prestação da assistência em saúde, ressalta-se que “o cuidado não se esgota como realização de técnicas e procedimentos profissionais terapêuticos objetivos. Ao contrário, “possui um elemento subjetivo que remete para a dimensão humana e de sentido da existência” (SELLI et al, 2008, p.87). Portanto, as tecnologias não respondem às questões humanas existenciais mobilizadas, sobretudo, em situações de vulnerabilidade, pois não ajudam os doentes a sentirem-se acolhidos, ouvidos e a mudar o modo de viver a vida (BELLINO, 1997).

Estudo realizado em unidade de atendimento ao HIV/aids de um hospital de Santa Catarina abordou o conceito de cuidado em saúde na visão dos clientes e dos profissionais. Os primeiros consideraram como cuidado a atenção, o amor, o carinho e o respeito com a pessoa humana. Em menor proporção, o cuidado em saúde foi evidenciado pelo olhar mais técnico, como receber o tratamento certo, os medicamentos certos e no horário, cuidado com o soro e tirar a dor. Quanto aos profissionais, o cuidado foi definido pela visão holística (cuidado integral), do bem-estar, empatia, como também a realização das atividades técnicas (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

As autoras acrescentaram, no estudo, que a hospitalização é um momento crítico, pois muitas vezes significa a evolução da doença e a consciência de que não há como negar o fato de ser portador do vírus. A atenção dos profissionais, em especial da enfermagem, nesse momento, pode ser um recurso decisivo que encoraje o cliente a enfrentar a hospitalização e amenizar ou superar estas dificuldades.

Por outro lado, cada vez mais, percebe-se que:

as organizações de saúde, em especial o hospital, ainda se encontram fortemente ancorados em modelos administrativos permeados pela fragmentação, pelo mecanicismo e pela rigidez, não permitindo a construção da autonomia dos sujeitos (trabalhadores e usuários) (FERNANDES, 2006, p.60).

É indiscutível que a introdução de aparelhos e medicamentos de última geração trouxe inúmeros benefícios à saúde da população e aos processos de trabalho no contexto do HIV/aids, pois possibilitam diagnósticos mais precisos e terapias mais específicas. No entanto, essa sofisticação tecnológica tem produzido efeitos iatrogênicos nem sempre apreendidos pelos profissionais atuantes na área (SELLI et al, 2008).

Os autores afirmam ainda que, na medicina, principalmente, observam-se tais efeitos na redução da relação terapêutica a processos técnicos traduzidos por uma variedade de exames e pelo uso de intervenções cada vez mais sofisticadas. Essa crença na onipotência da técnica leva ao esquecimento da importância da qualidade da relação profissional-usuário.

Em outra perspectiva, Fernandes (2006) garante que médicos e enfermeiros, como membros da equipe de saúde, têm o compromisso de atuar como facilitadores do processo de cuidado, ao fortalecer a dimensão de cuidado-interação. Nesta, os agentes do cuidado (indivíduo, família e/ou cuidador) necessitam que esses profissionais proporcionem diferentes canais de interlocução entre o ser cuidado e os demais membros da equipe.

Portanto, surge a necessidade de inserir a gerência do cuidado como uma ferramenta administrativa utilizada para coordenar e sistematizar a prestação do cuidado de qualidade, devendo ser planejado, analisado e avaliado, não perdendo de vista que o sucesso da gerência deste cuidado só é alcançado através das pessoas e numa interação humana constante (CHRISTOVAM; PORTO, 2008).

No âmbito hospitalar, faz-se necessária uma estrutura organizacional mais horizontalizada para descentralizar o poder decisório na busca de que interações emancipatórias venham a acontecer. Dessa forma, espera-se que os profissionais rompam com os princípios da administração clássica e reflitam sobre a possibilidade de reorientação da prática assistencial e

gerencial, para compreendê-la dentro de um processo coletivo e interdependente de trabalho, essencial ao processo de atenção à saúde (FERNANDES, 2006).

Assim, define-se a gerência do cuidado de enfermagem como:

um processo que tem por finalidade organizar o processo de cuidado de enfermagem através do diagnóstico, planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem e das necessidades individuais e coletivas dos usuários dos serviços de enfermagem e da instituição de saúde, de forma a articular na função de gerenciar o cuidado, as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania no exercício desta função (CHRISTOVAM; PORTO, 2008, p.5).

Como protagonista da gerência do cuidado, o enfermeiro precisa buscar modelos gerenciais mais contemporâneos, desempenhando ações de uma gerência inovadora, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação da equipe e o alcance dos objetivos organizacionais (AZEVEDO, 2010).

As autoras ressaltam, nesse contexto, as habilidades necessárias ao desempenho da gerência do cuidado: habilidades cognitivas, analíticas, comportamentais e de ação.

Inicialmente, a habilidade cognitiva diz respeito à capacidade do profissional para o planejamento, a identificação de problemas e possíveis soluções. Na habilidade analítica, deve-se decompor os problemas administrativos e assistenciais, identificando as variáveis fundamentais, estabelecendo relações de causa e efeito na busca de novas soluções, objetivos, prioridades e alternativas de ação. Nesta dimensão, destaca-se a capacidade de tomar decisões utilizando-se do pensamento crítico e de ferramentas gerenciais e assistenciais; a capacidade de avaliar o contexto e as necessidades de saúde dos indivíduos, família e comunidade, bem como, avaliar o contexto, o ambiente e a cultura organizacional e da equipe de saúde; e a capacidade de avaliar os resultados.

Por sua vez, a habilidade comportamental diz respeito à interação humana e à aplicação de padrões alternativos conhecidos e validados socialmente, como formas de comunicação e de integração grupal, bem como de exercer ou lidar com poder e autoridade. Já na habilidade de ação, o profissional deve desenvolver a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, de transformar objetivos, valores, conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação voltadas para a

prestação do cuidado direto e indireto. Aqui destacam-se as habilidades de coordenação, supervisão, controle, avaliação do processo e dos resultados, a execução de procedimentos técnicos entre outras.

Assim, aprimorando tais habilidades, os profissionais podem promover um cuidado implicado na capacidade de perceber o sujeito inserido num determinado contexto sociocultural e os significados construídos por ele como ressignificações da vida, da saúde e da doença (SELLI et al, 2008).

Faz-se necessário, para tanto, que os cuidadores articulem os aspectos psicossociais, socioculturais e comunicacionais do ser cuidado com seus saberes e suas ações, não os considerando periféricos ao trabalho de atenção às pessoas (PEDUZZI, 2001).

Desse modo, o encontro dos profissionais com o doente propiciará a captura e a criação de significações à situação existencial. A ênfase não se limitará ao tratamento, mas na criação de um contexto ou ambiente onde a pessoa possa interagir, revendo, retificando suas idéias e, mesmo sendo influenciado em suas opiniões, favorecendo processos construtivos de sentido (SELLI et al, 2008).

Portanto, ao inserir a gerência do cuidado no foco do estudo, buscou-se adentrar no contexto de uma instituição de referência no atendimento ao HIV/aids, com o intuito de analisar o envolvimento, o conhecimento e a articulação dos profissionais para o manejo adequado da dor do paciente hospitalizado, além de compreender as habilidades que os mesmos apresentam para o gerenciamento do cuidado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo de abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Os estudos exploratórios têm o objetivo de prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa, constituindo-se, dessa forma, na fase preliminar de pesquisas com delineamentos mais rigorosos, como os estudos descritivos (FALEIRO, 2009). Estes, por sua vez, visam descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como entrevista estruturada e semi-estruturada, e assumindo, em geral, a forma de levantamento (GIL, 2008).

Segundo Minayo (2005), em estudos quanti-qualitativos, pode-se optar pela Triangulação de Métodos, que envolve a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, visão de vários informantes e emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho da investigação. Na prática, seu uso permite interação, crítica intersubjetiva e comparação.

De acordo com a autora, a triangulação de métodos também valoriza a quantificação, mas compreende a quantidade como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade, culturalmente específicas de classes, grupos e segmentos profissionais, gênero, etnia e idade.

O local de opção para a coleta dos dados foi uma instituição de nível terciário considerada referência no tratamento de doenças infecciosas no estado do Ceará e regiões circunvizinhas, criada no ano de 1970 e atendendo, atualmente, cerca de 70% dos casos de HIV do Ceará. Sua estrutura física compreende 118 leitos de unidades de internação, uma unidade de Terapia Intensiva com sete leitos, um Hospital Dia com sete leitos e um Serviço Ambulatorial Especializado para portadores do HIV/aids, com profissionais da equipe multidisciplinar em atendimento diário, incluindo: médico infectologista, ginecologista, dermatologista, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, auxiliar de enfermagem e atendente dental.

A amostra foi formada por conveniência, totalizando 83 participantes do estudo, incluindo profissionais de saúde e pacientes internados na instituição.

Foram incluídos os pacientes portadores de aids hospitalizados que atenderam aos seguintes critérios: diagnóstico de aids há, pelo menos, seis meses; idade maior ou igual a 18 anos; estar internado; fazer uso ou não de antirretrovirais. Excluíram-se aqueles com déficit cognitivo e que possuíam quaisquer fatores que inviabilizavam a comunicação e as respostas ao questionário.

Segundo dados do hospital, no primeiro trimestre de 2010, foram internados 207 pacientes com diagnóstico de aids nas unidades de internação. Desse total, pelo cálculo de amostra com população finita, adotando-se prevalência de 50 e erro de 5, a amostra foi calculada em 63 pacientes. Tal amostra foi formada, portanto, por conveniência.

Dos profissionais quem compõem a equipe de saúde, elegeram-se médicos e enfermeiros como aqueles diretamente responsáveis pelo gerenciamento do cuidado. Os primeiros por estabelecerem a terapêutica a ser instituída e responsabilizar-se, eticamente, pelo tratamento do paciente; e os enfermeiros, por serem profissionais implicados no cuidado ao paciente nas 24 horas, sem interrupção, assistindo-o em suas necessidades biopsicossociais, intervindo e viabilizando, sempre que necessário, a realização de exames e procedimentos com vistas à recuperação do paciente.

Como critérios de inclusão dos profissionais, foram considerados: tempo de atuação na instituição de, pelo menos, um ano, pois se acredita que tal período permite ao profissional construir conhecimentos satisfatórios sobre: cuidado ao portador de aids, necessidades dos pacientes hospitalizados e familiaridade com a rotina do serviço; assistir pacientes em unidades de internação, emergência, hospital-dia ou unidade de terapia intensiva.

De acordo com dados da instituição, em dezembro de 2009, 196 profissionais de saúde exerciam suas atividades no hospital, incluindo 81 médicos e 78 enfermeiros. Neste estudo, o quantitativo de profissionais entrevistados foi limitado pela saturação teórica dos dados, ferramenta amplamente utilizada em pesquisas qualitativas em saúde, em que o fechamento amostral é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes

quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foram entrevistados, portanto, 20 profissionais, sendo 12 enfermeiros e oito médicos. Acredita-se que o maior quantitativo de enfermeiros entrevistados se deve ao fato destes profissionais atuarem em período ininterrupto nas instituições hospitalares.

Inicialmente, fez-se um teste piloto para conhecer a aplicabilidade e validar as entrevistas destinadas aos profissionais e os formulários a serem aplicados aos pacientes. O teste foi realizado no mês de abril e algumas modificações foram necessárias no formulário do paciente, para maior compreensão por parte deste. As entrevistas destinadas aos profissionais não foram modificadas. Por conseguinte, a coleta de dados foi iniciada no mês de maio e concluída no mês de setembro de 2010.

Para a coleta dos dados, foram utilizadas três técnicas distintas: entrevista semi-estruturada, formulário e *checklist*. Num primeiro momento, aplicou-se entrevista semi-estruturada aos profissionais de saúde (APÊNDICE A), constando de dados de identificação e de dados relacionados ao manejo da dor e aspectos relevantes para a gerência do cuidado aos pacientes com aids. Esta entrevista foi gravada, o que permitiu maior acurácia dos dados no momento da análise, tendo sido realizada em dia de serviço, nos intervalos dos profissionais para o lanche, almoço ou jantar.

De acordo com Minayo (2005), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade classificada de acordo com a sua organização. No caso das entrevistas semi-estruturadas, há uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Turato (2008) complementa afirmando que, na pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada ou semidirigida é a mais adequada como instrumento destinado à coleta de dados, pois é interativa, possibilitando a identificação da linguagem e de conceitos utilizados pelo entrevistado e tendo uma agenda flexível.

Num segundo momento, utilizou-se um formulário junto aos portadores de aids internados na instituição (APÊNDICE B). Minayo (2005) recomenda que, antes de elaborar

qualquer instrumento, dos pontos de vista teórico e prático, deve-se verificar a existência de estudos em que se usaram dispositivos semelhantes e replicáveis. Portanto, buscaram-se estudos nacionais e internacionais relacionados à temática e encontrou-se pesquisa sobre questões clínicas e terapêuticas da dor em pacientes HIV + hospitalizados (AIRES; BAMMANN, 2005). Desse modo, o formulário utilizado para abordagem dos pacientes hospitalizados foi uma adaptação do instrumento de coleta de dados do estudo citado, o qual constava de dados sócio-demográficos, clínicos e referentes à dor, incluindo localização, frequência, analgesia utilizada, satisfação com o tratamento, entre outros fatores.

O terceiro instrumento de coleta de dados foi um *check-list* (APÊNDICE C), o qual permitiu acesso aos seguintes dados: dados de identificação dos pacientes; registros de ausência ou presença de dor nos prontuários; características da dor registradas; terapêuticas prescritas; satisfação do paciente com a analgesia, entre outros aspectos. Para essa análise, foram utilizados os prontuários dos pacientes entrevistados, desde o início de sua internação atual até a data em que foram abordados (inquiridos pela pesquisadora).

Assim, diante dos diferentes instrumentos de coleta de dados, as informações foram analisadas por meio de estatística (dados quantitativos) e pela técnica de análise de conteúdo temática (dados qualitativos), de acordo com os pressupostos de Bardin (2010).

Trabalhando-se com triangulação de métodos, os que utilizam entrevistas e formulários passam a tabular, digitar, categorizar, produzir estatísticas simples e cruzamentos, chegando a análises capazes de transformar, em números, indicadores de processos e de resultados (MINAYO, 2005).

Na análise quantitativa, os dados contidos nos formulários aplicados aos pacientes foram agrupados em planilha do Excel para tabulação e processamento e, posteriormente, compilados no programa SPSS versão 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences), para análise de associação entre as variáveis da pesquisa, possibilitando a discussão com o apoio de recursos estatísticos, tais como o teste de qui-quadrado, t de *student* e razão de verossimilhança (p de Fisher-Freeman-Halton).

Já na análise qualitativa, Minayo (2005) explica que devem ser separadas as diferentes modalidades dos instrumentos aplicados e dos materiais históricos e institucionais recolhidos, procedendo-se a uma dinâmica de leitura que vai do campo para as categorias analíticas, estabelecendo as bases compreensivas da unidade-reflexiva, que é o objeto ou a pergunta inicial.

Para análise das entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

A fase de pré-análise consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheram-se os documentos a serem analisados, formularam-se hipóteses ou questões norteadoras. No caso das entrevistas, estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituiu o corpus da pesquisa. Procedeu-se à preparação *do material*, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas. Pode-se organizar esse material em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, fazendo uso de lápis colorido, para sublinhar as semelhanças com a mesma cor. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2010).

A fase de *Exploração do material* foi a etapa seguinte, considerada a mais longa e cansativa. É o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010). A codificação compreendeu a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância.

Neste estudo, o *corpus* foi constituído por 20 entrevistas, tendo sido definida como unidade de registro a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. Esta, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da

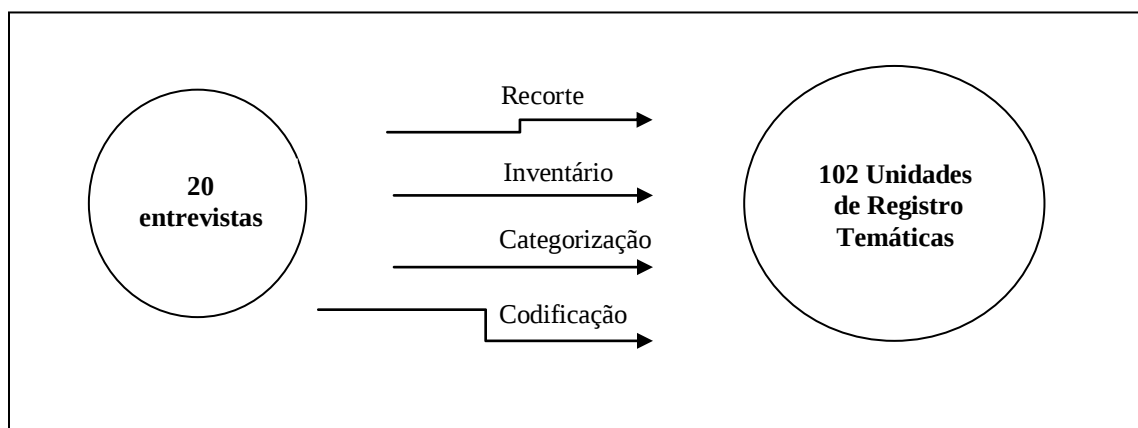
mensagem cuja as dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

Os resultados foram discutidos com a literatura referente à temática. Para garantir o anonimato dos entrevistados, médicos foram codificados com a letra ‘M’ e enfermeiros com a letra ‘E’, seguida de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados.

A etapa seguinte consistiu na categorização. Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: *inventário* (isolam-se os elementos comuns) e *classificação* (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem) (APÊNDICE D).

Por último, procedeu-se ao *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação.

A seguir, apresenta-se um organograma representando a constituição do corpus do presente estudo.



Constituição do *corpus* do estudo.

Quanto à ética em pesquisa, este projeto de dissertação de mestrado foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, tendo obtido parecer favorável em fevereiro de 2010 (nº063/2009) (ANEXO A), com liberação do campo para o início da coleta de dados.

A pesquisa respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 DOR E AIDS: perspectiva dos profissionais

Na análise do manejo da dor e do gerenciamento do cuidado a pessoas com aids, foi possível estabelecer o perfil e o conhecimento dos profissionais envolvidos nesse atendimento, bem como conhecer sua percepção e prática sobre o cuidado prestado. O Quadro 1 resume as características relacionadas à identificação e à formação dos profissionais entrevistados.

QUADRO 1 – Perfil dos profissionais entrevistados em instituição de referência no atendimento ao HIV/Aids. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010. N=20

Características	Frequência (n)
Sexo	
Feminino	14
Masculino	6
Idade (anos)	
31 ┤ 40	7
41 ┤ 50	6
51 ┤ 60	7
Categoria profissional	
Médico	8
Enfermeiro	12
Lotação	
Unidades de internação	14
Emergência	9
Ambulatório	6
Unidade de Terapia Intensiva	3
Hospital-Dia	3
Vínculo empregatício	
Concurso público	16
Serviço prestado	4
Tempo de formado	
2 ┤ 12	7
12 ┤ 21	3
21 ┤ 34	10
Tempo de serviço na instituição	
2 ┤ 10	12
10 ┤ 20	6
20 ┤ 30	2

Como se pode observar no Quadro 1, o estudo contou com a participação de profissionais predominantemente do sexo feminino, enfermeiros, concursados da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), com faixa etária média de 44 (± 16) anos. A maioria desempenhava assistência ao paciente nas unidades de internação do hospital, com tempo de formação profissional superior a 21 anos e tempo médio de serviço na instituição de dez anos, dados que retratam um perfil de profissionais experientes na área de atuação.

A seguir, descreve-se o conhecimento dos profissionais acerca da fisiopatologia da dor associada à aids que influencia na forma como se dá o manejo do paciente com essa queixa.

5.1.1 Manejo da dor associada à aids

Os profissionais foram questionados sobre o atendimento de portadores da aids que apresentavam dor crônica. A maioria (17) respondeu que é comum esse diagnóstico entre os pacientes internados; no que diz respeito à frequência, nove relataram atender “muitas vezes”, três profissionais citaram que “sempre” atendem pacientes internados com esses sintomas; três referiram receber, ocasionalmente, pacientes com as características desse tipo de dor, e apenas dois relataram atender essa queixa raramente.

Há relativamente pouco tempo, insuficientes eram os dados fidedignos sobre a prevalência da dor em pacientes com aids, já que a informação sobre sua incidência variava segundo estágio da doença, local do estudo e metodologia utilizada para sua detecção. As estimativas atuais apontam que, nos pacientes hospitalizados com aids, mais de 50% requerem tratamento para dor, sendo este o principal motivo de consulta em 30% dos casos e o segundo em frequência dos sintomas, depois da febre (WORTLEY, 2010).

Nesse contexto, constata-se que o número de pacientes com aids hospitalizados com dor vem aumentando em todo o mundo. Autores encontraram este sintoma como a segunda causa principal de admissão do portador da doença em instituições hospitalares, merecendo atenção dos profissionais quanto ao adequado manejo da dor e do desconforto nesta clientela (KIMBALL, MCCORMICK, 1996).

Inicialmente, tratar do manejo da dor implica em analisar o conhecimento dos profissionais sobre dados relacionados aos fatores desencadeantes e/ou associados, às características do quadro algico, à credibilidade ao relato verbal do paciente, além das medidas farmacológicas e não-farmacológicas implementadas no sentido de aliviar ou eliminar a dor.

Neste estudo, os profissionais foram questionados sobre as variáveis associadas ao aparecimento e à persistência da dor em portadores da aids, dados reunidos no quadro a seguir.

QUADRO 2 – Fatores associados ao surgimento e à persistência da dor em pacientes com aids na opinião dos profissionais. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010. N=20

Fatores		Frequência (n)
1.	Infecções oportunistas (IO)	19
2.	Fatores individuais	17
3.	Terapia Antirretroviral (TARV)	14
4.	Infecção pelo HIV	13
5.	Tempo de diagnóstico	7
6.	Terapia Supressora	1
7.	Outros	4
Total		75*

*considerando que cada participante citou mais de um fator relacionado.

Conforme se verifica no Quadro 2, diversos fatores associados ao aparecimento e à persistência da dor em pacientes com aids foram relatados pelos entrevistados, destacando-se as infecções oportunistas, os fatores individuais, os medicamentos da terapia antirretroviral e a própria infecção pelo HIV.

Os dados corroboram com vários estudos sobre a dor em pacientes com aids (BRAVIN, 2009; CICHOKI, 2009; GRAY; BERGER, 2007). Além disso, NAIR et al (2009) esclareceram que a dor sentida por pacientes com HIV acontece devido a múltiplas fontes, incluindo a própria infecção pelo HIV ou suas consequências (infecções oportunistas, tumores); os tratamentos para a aids, ou a doença e seu tratamento, dados que confirmam os resultados do presente estudo.

Com relação às infecções oportunistas, os profissionais citaram, como frequentemente associadas ao aparecimento de dor nos pacientes internados, as seguintes:

Neurotoxoplasmose (10); Meningite (3); TB pulmonar (2); Criptococo (1); Histoplasmose (1); Leishmaniose (1) e herpes (1).

Sekadde; Schwarzwald (2010) definem infecções oportunistas como aquelas causadas por organismos que, num hospedeiro saudável, não causariam doenças significativas. Tais infecções muitas vezes estão associadas à presença de dor nos pacientes. Dessa forma, incluem: **Infecções virais** (citomegalovírus e vírus de varicella-zoster (varicela), herpes simples, hepatite e Epstein-Barr; o *Pneumocystis jirovecii*, causador de pneumonia grave; **Infecções bacterianas** (*Streptococcus pneumoniae*, uma das mais graves; *Treponema pallidum*; *Mycobacterium tuberculosis* - causador da tuberculose (TB); **Infecções parasíticas** (*Pneumocystis jirovecii* - anteriormente chamado *Pneumocystis carinii* – causa de pneumonia grave em doentes com HIV/aids; *Cryptosporidium*- parasita que causa diarreia persistente e colecistite; *Plasmodium*, causador da malária; *Toxoplasma gondii*, provocando doenças do SNC; **Infecções fúngicas** (*Candida albicans* - a mais frequentemente diagnosticada em doentes infectados pelo HIV; *Histoplasma capsulatum* - os doentes podem apresentar-se com febre e perda de peso, linfadenopatia, esplenomegalia e diarreia ou dores abdominais).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, em artigo intitulado: “*Dor na Aids: uma chamada para a ação*”, outras características do quadro álgico de pessoas que convivem com o HIV/Aids incluem: elevada prevalência, inúmeras síndromes dolorosas associadas, manejo inadequado e, conseqüentemente, subtratamento (IASP, 1999). Assim, divulgou-se que esse tipo de dor é influenciada por variáveis físicas, psicossociais e cognitivas, bem como em outras patologias. Tais variáveis foram relatadas pelos profissionais deste estudo como fatores individuais, abrangendo: idade (7), sexo (4), depressão (2), ansiedade (2), insônia (1) e limiar de dor (1).

Verifica-se que, dentre os fatores individuais citados, os psicológicos ganham destaque na percepção e no enfrentamento da dor, em especial a depressão, a ansiedade e a insônia, variáveis citadas pelos entrevistados como relacionadas diretamente ao aparecimento e à manutenção do quadro de dor nos portadores, o que coincide com outra pesquisa sobre o assunto (FRICH; BORGBJERG, 2000). Os autores comentam que existe relação significativa entre dor, bem-estar psicológico e qualidade de vida, confirmando a necessidade de promover um tratamento da dor adequado aos pacientes com aids no que diz respeito à abordagem desses

fatores associados. Além disso, deve-se garantir um foco maior no alívio dos sintomas juntamente com um tratamento ativo das infecções oportunistas.

Portanto, com relação à identificação da dor em pacientes com aids, considera-se que a maioria dos profissionais selecionou, dentre as alternativas apresentadas, aquelas mais divulgadas como associadas ao surgimento da dor na clientela de acordo com a literatura atual sobre o tema, ou seja, as infecções oportunistas, a infecção pelo HIV e os medicamentos da TARV (BRAVIN, 2009; HUGHES; JONES, 2010; MC COLLUM; PITTMAN, 2010; NAIR et al, 2009).

O Quadro 3 apresenta os principais locais de dor referidos pelos profissionais como mais prevalentes nos pacientes atendidos na instituição.

QUADRO 3 – Principais locais de dor apresentados por pacientes com aids na opinião dos profissionais. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010

Localização da dor	Frequência (n)
1. Cabeça	16
2. Abdome	14
3. Membros inferiores	13
4. Membros superiores	5
5. Orofaringe	4
6. Outros	8
Total	*60

*considerando que cada participante citou mais de uma localização.

A análise do Quadro 3 permite constatar, na visão dos profissionais, que dores de cabeça, abdominais e nos membros inferiores são as mais comuns nos portadores de aids.

Este achado é bem próximo aos resultados de estudo realizado por Frich e Borgbjerg (2000), em que 95 pacientes foram envolvidos num estudo prospectivo longitudinal e acompanhados durante um período de dois anos, tendo sido predominante as queixas de dor constante nas extremidades (32%), na cabeça (24%) e no trato gastrointestinal alto (23%) e baixo (22%).

Kimball e McCormick (1996) também encontraram, em seu estudo, os locais citados, sendo a dor torácica a mais comum entre os pacientes hospitalizados com aids, provavelmente devido à alta incidência de pneumocistose. Outras dores incluíram neuropatia periférica (membros superiores e inferiores), cefaleias, dor lombar, dor músculo-esquelética, dor na cavidade oral e dor abdominal, as quais também foram relatadas nesta pesquisa.

Os achados indicam que os profissionais entrevistados são conhecedores das características e dos fatores relacionados à dor na aids, o que não garante, entretanto, que estratégias para o cuidado ao paciente internado estejam sendo, efetivamente, implementadas.

Ressalta-se que, no decorrer deste estudo, não foram encontrados, na literatura nacional e internacional consultadas, estudos que abordassem a perspectiva dos profissionais de saúde sobre as características dor em pacientes com aids, o que dificultou a discussão e a comparação dos dados obtidos nesta pesquisa com a produção científica na área.

5.1.2 Gerência do cuidado à pessoa com dor associada à aids

As interlocuções resultantes das questões abertas das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais dizem respeito à gerência do cuidado. Apresenta-se, a seguir, o Quadro 4 com o resultado da análise de conteúdo temática, em que foram apreendidas duas classes temáticas: *Dor associada à aids* e *Estrutura gerencial para o cuidado da dor em pessoas com aids*. A primeira com três categorias e oito subcategorias e a segunda com duas categorias e seis subcategorias, totalizando 102 unidades de análise temáticas.

QUADRO 4 – Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010. N=102

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	f (%)	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	f (%)
I. DOR ASSOCIADA À AIDS	1. Caracterização da dor (CD)	13 (12,7)	1.1. Sintoma persistente e incapacitante (CDSPI)	6 (5,8)
			1.2. Dependência química (CDDQ)	4 (3,9)
			1.3. Difícil controle (CDDC)	3 (2,9)
	2. Avaliação clínica da dor (ACD)	7 (6,8)	2.1. Investigação dos fatores associados (ACDIFA)	4 (3,9)
			2.2. Avaliação comportamental/credibilidade ao relato verbal (ACDACCVR)	3 (2,9)
	3. Cuidado clínico da dor (CCD)	31 (30,3)	3.1. Tratamento farmacológico (CCDTF)	18 (17,6)
			3.2. Atendimento interdisciplinar (CCDAI)	8 (7,8)
			3.3. Suporte psicossocial (CCDSP)	5 (4,9)
II. ESTRUTURA GERENCIAL PARA O CUIDADO À DOR EM PESSOAS COM AIDS	4. Condições estruturais favoráveis (CEF)	13 (12,7)	4.1. Disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais (CEFDRHMO)	10 (9,8)
			4.2. Hospital de referência (CEFHR)	3 (2,9)
	5. Condições estruturais desfavoráveis (CED)	38 (37,2)	5.1. Inexistência de atendimento específico para a dor (CEDIAED)	19 (18,6)
			5.2. Falta de profissionais com experiência (CEDFPE)	9 (8,8)
			5.3. Demanda elevada (CEDDE)	7 (6,8)
			5.4. Falhas na referência/contra-referência (CEDFRCR)	3 (2,9)

CLASSE TEMÁTICA I. DOR ASSOCIADA À AIDS

Esta classe temática reúne 51 unidades de registro (UR) em três categorias e oito subcategorias que agruparam aspectos relacionados à forma como os profissionais de saúde identificam, caracterizam, avaliam e tratam a dor em portadores da aids hospitalizados, aspectos discutidos a seguir.

CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Em três subcategorias, esta categoria abrange 13 UR em que os profissionais descrevem características específicas do quadro doloroso nos pacientes acometidos pela aids. Nestes, a dor é considerada um *Sintoma persistente e incapacitante*, relacionado, muitas vezes, à *dependência química* do doente, acarretando um *difícil controle* por parte dos profissionais no que diz respeito à implementação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Tal dificuldade envolve, também, a dependência do paciente em relação aos analgésicos e a subprescrição dessa classe de medicamentos por parte dos médicos.

A seguir, cada subcategoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

1.1 Sintoma persistente e incapacitante

Seis UR foram reunidas nesta subcategoria. Os discursos, a seguir, expõem a percepção dos profissionais sobre a dor no paciente com aids, de caráter persistente e incapacitante:

...muitas vezes eles continuam com sintomas! (E4)

Às vezes, são pacientes muito debilitados, acamados... (M3)

Geralmente todos referem dor! A maioria são dores generalizadas... (E9)

Independente da etiologia, a dor, principalmente de caráter crônico, é considerada um sintoma persistente e incapacitante para o portador, visto que envolve uma ruptura das atividades diárias, além de repercussões fisiológicas e psicossociais importantes. Sabe-se que esta dor não é somente física, mas também emocional, pois o indivíduo carrega consigo limitações pelo fato de conviver com o preconceito e com a dor de ter uma doença incurável (RIBEIRO et al., 2006).

Os aspectos encontrados nas falas dos entrevistados convergem com as considerações feitas por Holzemer; Henry; Reilly (1998) de que, embora presente em todos os estágios da

doença, a dor no paciente com aids está associada à severidade e à gravidade da doença, o que inclui incapacidade para realizar atividades diárias e depressão em alguns casos.

O discurso abaixo identifica o prejuízo gerado pela dor ao paciente em estágio avançado da doença:

...tem uns que não querem mais fazer fisioterapia, porque sentem dor até ao manuseio... (E11)

Nesse caso, é importante que os profissionais da equipe interdisciplinar estejam atentos para a melhor abordagem ao paciente, visto que sua capacidade funcional encontra-se limitada, além de outras características necessárias ao seguimento adequado do tratamento, como nível de orientação, capacidade de comunicação e mobilização, entre outros.

Hughes e Jones (2010) acrescentam que a dor crônica, nesses pacientes, requer um manejo diferente daquele da dor aguda, pois, além de persistente, afeta humor, *status* funcional, relacionamentos e qualidade de vida. Além disso, é um fator comumente relacionado à progressão e à gravidade da doença de forma considerável.

1.2 Dependência Química

Além dos aspectos citados, encontrou-se quatro UR em que os profissionais ressaltaram a dependência química e do analgésico como intrinsecamente relacionada aos pacientes com aids em vigência de dor. Tal afirmativa é exemplificada nos relatos a seguir:

...nos usuários de drogas, é difícil a gente desmamar do respirador, tirar a sedação e tirar a analgesia, porque ele tem uma dependência! (E5)

...tem alguns que ficam viciados, que não querem se necessário, aí ele (o analgésico) fica de horário! (E9)

O subtratamento da dor em pacientes com aids tem sido associado a inúmeros fatores, os quais envolvem conhecimento e atitudes dos profissionais que manejam esta dor e características específicas dos pacientes que a apresentam. Segundo Frich e Borgbjerg (2000), com relação aos pacientes, destacam-se os usuários de drogas, pois estes indivíduos têm maior

dependência do uso de analgésicos, tornando difícil a abordagem, por parte dos profissionais, da adequação analgésica e dos efeitos desejáveis e requeridos para o tratamento do.

Outro estudo comprovou, em amostra representativa de pessoas portadoras do HIV, que pacientes com história de uso de drogas relatam mais dor e estão mais susceptíveis ao uso indiscriminado de analgésicos bem como à necessidade de prescrição, quando internados, de analgésicos mais potentes para o alívio da dor. Tais dados foram confirmados após análise minuciosa das características sócio-demográficas dos participantes (TSAO; STEIN; DOBALIAN, 2007).

Os autores acrescentam que usuários de drogas permanecem com altos níveis de dor mesmo fazendo uso de doses elevadas de opióides, caracterizando um quadro de ineficácia analgésica, quando comparados aos não-usuários de drogas, que respondem mais adequadamente ao efeito dos opióides.

A literatura existente sobre a temática alerta para a necessidade de maior observância, por parte dos médicos, diante de pacientes hospitalizados com diagnóstico de aids com história de uso de drogas, em vigência de dor. Estes necessitam de doses não-usuais de opióides, as quais devem ser adequadamente tituladas e, diariamente, reprogramadas, visando à eficácia analgésica esperada (SWICA; BREITBART, 2002; TSAO; STEIN; DOBALIAN, 2007).

Muitos médicos relutam em prescrever morfina ou outros opióides porque associam esses medicamentos ao uso ilegal de drogas ou temem que os pacientes fiquem dependentes. Tal afirmativa é confirmada no discurso de uma entrevistada:

Eu pouco uso dolantina, porque tem uma dependência muito grande do paciente! (M5)

Entretanto, negando estes medicamentos aos pacientes, considerados analgésicos potentes, os médicos podem ser responsáveis por um sofrimento desnecessário. Se os opióides forem administrados corretamente por profissionais de saúde treinados, minimiza-se o problema do vício. Para tanto, faz-se necessário que tais medicamentos estejam amplamente acessíveis aos pacientes com dores muito fortes e constantes e que os profissionais sejam treinados para saber como e quando usá-los (MILDMAY, 1998).

Cabe salientar que o fato do tratamento medicamentoso ser um aspecto importante no cuidado a esses pacientes, por trazer o conforto imediato no âmbito fisiológico, não se deve deixar de visualizar as questões subjetivas que envolvem a experiência dolorosa.

1.3 Difícil controle

Esta subcategoria abrange três UR sobre algumas características apresentadas pelos pacientes que tornam difícil a abordagem e o manejo dos sintomas por eles apresentados, visto que sua resposta nem sempre é aquela desejada no momento do planejamento da assistência.

O discurso de uma médica retrata a afirmativa:

Algumas vezes você tem paciente com dores de difícil controle. (Nesses casos), você tem mais dificuldades em função da própria resposta do paciente, da necessidade de medicações mais potentes né? (M5)

É crescente o número de publicações demonstrando o problema relacionado ao subtratamento da dor em pacientes de aids, tendo sido atribuídas a este inúmeras causas. Destacam-se os fatores relacionados ao paciente, ao médico e ao sistema de saúde, identificados como os principais impedimentos ao adequado manejo da dor nestes pacientes (BREITBART; KAIM; ROSENFELD, 1999).

Há mais de dez anos, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) vem sensibilizando a comunidade científica e os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com HIV/aids no que diz respeito ao subdiagnóstico e ao subtratamento da dor nesses pacientes (IASP, 1999). Este é considerado um problema significativo que contribui, consideravelmente, para a morbidade psicológica e funcional dos portadores.

Pode-se analisar, na fala a seguir, um exemplo desta realidade:

...como a gente pega paciente já em estágio avançado da doença, muitas vezes é difícil o controle desse sintoma... (E8)

Outros autores acrescentam que, atualmente, médicos estão tratando um número crescente de pacientes com aids e sintomas de dor crônica. Apesar disso, o sub-reconhecimento e

o subtratamento desta dor permanece um grande desafio para os profissionais (NEWSHAN; LEFKOWITZ, 2001).

Ressalta-se que cabe aos gestores incrementar políticas públicas voltadas para o atendimento à dor nos diversos cenários da saúde. Nesse pensamento, podem ser elaboradas estratégias no sentido de minimizar os problemas advindos do sistema despreparado para esse tipo de atendimento, tanto no tocante à estrutura quanto à melhor qualificação dos recursos humanos.

CATEGORIA 2: AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DOR

Esta categoria abrange sete UR sobre a forma como os profissionais relataram avaliar a dor na prática clínica, incluindo dar credibilidade ao relato verbal do paciente, avaliar as fâcies da expressão dolorosa e, completando estes achados, investigar os fatores associados ao aparecimento e à persistência da dor.

2.1 Investigação dos fatores associados

Nos discursos apresentados a seguir, observa-se que os entrevistados descreveram aspectos relevantes para a caracterização da dor em pacientes com aids, destacando-se a associação da dor à infecção pelo HIV, à TARV implementada e às infecções oportunistas, relacionados diretos ao seu aparecimento e à sua severidade.

...vai mais da vivência, da observação, do seu olho clínico da própria infecção do HIV... (E3)

...você procura ver a dor dentro do contexto da clinica que o paciente apresenta, não vê como sintoma isolado né? (M5)

A gente tem que investigar se tá relacionado à terapia antirretroviral... (M6)

...os pacientes que apresentam dor, geralmente está associada a uma patologia/infecção oportunista... (M5)

Conforme se pode verificar nos discursos, os profissionais demonstram conhecimento e percepção aproximadas ao que consideramos pertinente ao adequado manejo da experiência dolorosa nos pacientes com aids.

Conforme afirmam Pedroso e Celich (2006), a experiência dolorosa é evento amplo, não se resumindo apenas à intensidade. As características da dor também devem ser, portanto, avaliadas quanto ao início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes.

Estudo recente publicado no Jornal da Associação de Enfermeiras no Cuidado à aids alertou sobre a inexistência de estudos que abordem a ocorrência e os fatores de risco relacionados à dor em indivíduos infectados pelo HIV. Dessa forma, concluíram que médicos e enfermeiros precisam avaliar os pacientes quanto à ocorrência concomitante de distúrbios do sono, ansiedade e depressão. Na base para a uma avaliação clínica abrangente da associação desses sintomas à ocorrência de dor, um plano terapêutico apropriado pode ser implementado e, efetivamente, avaliado (AOUIZERAT et al, 2010).

2.2 Avaliação comportamental/credibilidade ao relato verbal

Três UR destacaram a necessidade de uma avaliação comportamental do paciente para o manejo clínico da dor. O discurso é um exemplo desse achado:

Você observa a dor pela expressão facial... (E3)

O processo de cuidar envolve interações subjetivas entre profissional e usuário do serviço de saúde. Nesse contexto, considera-se que a enfermeira conseguiu demonstrar sensibilidade ao relatar uma perspectiva de interação enfermeiro-paciente para além do biológico.

Este componente da avaliação comportamental da dor é bastante discutido em diversos estudos. Autores destacam a importância de se observar tanto reações comportamentais quanto fisiológicas da dor, incluindo expressão facial, inquietação, posicionamento protetor, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipnéia, hipertensão, entre outros (SAKATA et al., 2003).

O relato da experiência dolorosa pelo doente aos profissionais da saúde que o atendem também é fundamental para a compreensão do quadro algico, implementação de

medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. Sobre este aspecto, observa-se a preocupação da enfermeira entrevistada no discurso a seguir:

Sempre que eles falam que tem dor, você tem que acreditar e levar em consideração o que ele tá sentindo! (E3)

Eler e Jaques (2006) já discutiram sobre a importância da equipe de enfermagem estar atenta às queixas do paciente, pois a dor corporal é o que o paciente afirma estar sentindo, sendo o seu relato a mais acurada e real evidência de dor e descrição de sua intensidade.

A necessidade de se conhecer e comparar quadros dolorosos entre populações diferentes e de quantificar a resposta às diversas terapias despertou, nos pesquisadores, o interesse em desenvolver inventários para a avaliação de dor passíveis de comparação e que possibilitassem o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa. Os métodos para a avaliação da dor aplicáveis a adultos baseiam-se, principalmente, na descrição verbal do doente, o qual é autoridade sobre a sua dor, visto o caráter individual e subjetivo da experiência dolorosa (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997).

Os profissionais ressaltaram a inexistência de protocolos ou inventários, na instituição, que permitissem o manejo adequado da dor. Por outro lado, uma das enfermeiras ressaltou que faz uso da escala de Glasgow, na unidade de terapia intensiva, para a avaliação da resposta do paciente à sedação e analgesia implementada.

...só a escala de glasgow que a gente trabalha aqui (UTI) e que dá esse norte se o paciente tá sentindo dor ou não... (E5)

A Escala de Coma de Glasgow é amplamente utilizada em nosso meio, tendo sido elaborada para propor consistente avaliação clínica do nível de consciência dos pacientes com dano cerebral. Sua aplicação é rápida, de fácil compreensão e permite concordância entre avaliadores. Por isso, tem sido usada frequentemente, principalmente nos quadros agudos e de trauma (MUNIZ et al, 1997).

Os indicadores utilizados nessa escala são: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Os autores asseguram que a maior dificuldade no seu manejo está no

indicador ‘melhor resposta motora’, para diferenciação entre os itens: padrão flexor, retirada inespecífica e localiza estímulos (MUNIZ et al, 1997).

Nesse caso, em particular, observou-se a capacidade da enfermeira em visualizar, dentre os instrumentos utilizados na prática, aquele que ela considera favorável à avaliação da expressão dolorosa, principalmente em se tratando do paciente em estado de coma, o qual não pode relatar verbalmente e manifestar, por meio das fâcies de desconforto, a dor sentida.

Apesar disso, cabe ressaltar que são inúmeros os instrumentos uni e multidimensionais para avaliação da dor existentes na prática, tais como a escala visual analógica (EVA), a escala verbal numérica (EVN) e o questionário de McGill, os quais poderiam ser implementados na instituição, facilitando o manejo desse sintoma.

CATEGORIA 3: CUIDADO CLÍNICO DA DOR

Esta categoria reúne 31 UR encontradas nas falas dos profissionais, as quais identificam a forma com que os profissionais manejam o paciente com aids em situação de dor, destacando-se o tratamento farmacológico como o mais prevalente no contexto dos entrevistados. Em seguida, comentários acerca do papel da equipe interdisciplinar de saúde foram comuns, incluindo ações voltadas para as orientações ao paciente e o papel do serviço de acompanhamento domiciliar no cuidado clínico desta clientela.

3.1 Tratamento farmacológico

A maioria das unidades de registro da categoria 3 (18 UR) foram aglutinadas nesta subcategoria, demonstrando a ênfase dada à terapia farmacológica no cuidado clínico do paciente com aids na instituição, o que se pode constatar na análise dos discursos a seguir:

Em termos de intervenção mesmo, só a analgesia medicamentosa a gente tem acesso, sempre tá prescrito! (E5)

...basicamente o que a gente tem feito é analgésico! o analgésico de uso agudo né? (M4)

...ele (o paciente) é atendido com medicamento analgésico, com medicamento pra dormir, pra ele relaxar... (E10)

...quando esse paciente não tem uma causa estabelecida bem óbvia pro quadro de dor, normalmente esse manejo tem sido realizado só com medicação mesmo analgésica e raramente se lança mão de outra forma de analgesia, como fisioterapia... (M7)

...a gente identifica que o paciente está com dor, olha o que está prescrito pra medicação e administra! (E12)

Conforme se verifica, os medicamentos permanecem como fortes aliados no tratamento da dor e, especificamente no cuidado aos portadores da aids, os profissionais entrevistados demonstram privilegiar a analgesia em detrimento de diversos tratamentos, ditos alternativos, que poderiam influenciar no alívio da dor e do desconforto desses pacientes. Esse achado corrobora com o que já vem sendo discutido nesse estudo quanto à prioridade dada pelos profissionais ao manejo da dor, ou seja, um modelo biologicista do cuidado.

Por sua vez, são inúmeros os estudos que valorizam os princípios básicos do tratamento farmacológico da dor em pacientes com aids, fazendo com que os profissionais privilegiem essa abordagem na prescrição do cuidado. Os princípios desse tratamento incluem objetivos tanto para os pacientes quanto para os responsáveis pelo cuidado, envolvendo cuidadosa titulação de opióides e adjuvantes analgésicos, além da administração programada (de horário) combinada com doses se necessário (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009; MCCOLLUM; PITTMAN, 2010).

Por tais razões, o tratamento da dor na aids é baseado na pirâmide analgésica para o tratamento da dor no câncer (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009; MCCOLLUM; PITTMAN, 2010; GRAY; BERGER, 2007; HOLZEMER; HENRY; REILLY, 1998).

Um dos entrevistados acrescenta a necessidade da assistência em uma unidade básica de saúde como estratégia para dar continuidade ao manejo e tratamento adequado da dor de pacientes com aids:

Então, assim, essa questão do manejo da dor crônica e tudo mais, mais apropriadamente seria conduzida na assistência básica (M4)

O SUS (Sistema Único de Saúde) prevê a integralidade das ações, as quais devem iniciar pelo nível primário e seguir para os demais níveis conforme a necessidade dos casos. Portanto, o discurso do profissional vai de encontro ao que se preconiza para a condução de uma assistência qualificada, fazendo-se necessário repensar o modelo gerencial vigente para a abordagem desse problema de saúde pública, merecendo destaque o acompanhamento dos pacientes pelos profissionais da atenção básica, de forma interdisciplinar, para o alívio da dor.

3.2 Atendimento Interdisciplinar

A palavra interdisciplinar identifica e define uma clínica composta por diferentes profissionais que se comunicam entre si, fazendo com que os pacientes sejam avaliados e tratados por mais de um ou vários deles, quando o caso assim o requer (CASTRO, 2003).

Gerenciar o cuidado envolve, portanto, atitudes interdisciplinares dos profissionais, bem como a preocupação destes com a qualidade do serviço que estão prestando, com a satisfação do usuário e com as estratégias implementadas para fornecer o cuidado.

Sobre esse aspecto, encontraram-se oito UR em que os profissionais médicos e enfermeiros enfatizaram a participação de outros membros da equipe de saúde no manejo da dor, como a fisioterapia e a psicologia. Tais achados são evidenciados na fala a seguir:

...a presença de uma equipe que trabalhe em conjunto pra tentar resolver esse problema, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, a gente tem aqui! (M1)

Tanto no serviço hospitalar como no extra-hospitalar, o corpo clínico para atender os casos de dor deve ser composto por anestesiológico, neurologista, fisiatra, médico acupunturista, fisioterapeuta e enfermeiro. Estes são os profissionais da área da saúde mais requisitados no cotidiano do serviço de dor crônica (CASTRO, 2009).

O autor sugere que, a partir do conhecimento dos graves distúrbios psicológicos associados aos pacientes com aids vivenciando a dor crônica e o estigma que marca a própria doença, deduz-se a imediata necessidade do paciente ser tratado em regime multidisciplinar e

interdisciplinar, que inclui, entre os vários profissionais envolvidos, a área da psicologia e da psiquiatria.

A fisioterapia, citada por vários profissionais, exerce papel essencial no tratamento dos pacientes com dor, responsabilizando-se por intervir nas alterações funcionais dos pacientes, com ações voltadas para níveis primário, secundário e terciário. Autores ressaltam que todo fisioterapeuta envolvido com o controle da dor deveria dominar as técnicas e os recursos terapêuticos de analgesia para atuar diretamente na restauração funcional dos pacientes, o que só é possível se a detecção e a abordagem da dor forem realizadas de forma correta (LEITE; GOMES, 2006).

O discurso de uma enfermeira deixa clara a forma como é feito o manejo da dor na instituição, ressaltando a participação da psicologia e da família:

O manejo da dor crônica, aqui no hospital, é feito através do esquema de medicação específica pra dor mais o apoio do psicólogo e com a intervenção da família... (E10)

Estudo sobre as práticas de cuidado em relação à dor ressaltou que, nas situações de dor e sofrimento, além do cuidado de tratá-la com medicamentos, fica explícita a necessidade da presença e carinho da família ou de pessoa significativa para o paciente, que se encontra em situação de fragilidade. Assim, “o cuidado exige o compartilhamento de fatores e compromissos representados pela medicação, pelo chá, pelos procedimentos como o uso de massagens, calor e frio associadas à presença, ao carinho e ao afeto” (BUDÓ et al., 2008, p.95).

O programa de atendimento domiciliar também tem merecido destaque no que se refere ao atendimento interdisciplinar no portador da aids, tendo sido relatado por um dos entrevistados:

...o programa de atendimento domiciliar exerce um papel fundamental no tratamento desse paciente! (E1)

Pautado na estratégia de tratamento de doenças agudas no domicílio, o programa citado constitui-se como internação domiciliar não somente com caráter complementar à assistência hospitalar, mas também como alternativa a esta, com a desvantagem de não ter uma estrutura tão ágil para o atendimento, e com a vantagem de tratar sujeitos concretos, com nome e

endereço (MILDMAY, 1998). Além disso, envolve o aconchego, o conforto do lar e o afeto da família, fatores potenciais para o bem-estar do paciente.

Estudo recente analisou sete experiências de cuidado domiciliar em cinco municípios brasileiros por meio de estudos de caso, encontrando que as equipes de terapia domiciliar para pacientes com aids dedicam-se intensamente ao trabalho, promovendo o resgate das pessoas, de suas relações com a vida, a aceitação da doença, a compreensão das perspectivas futuras e a autonomia no cuidado da própria saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

3.3 Suporte psicossocial

Nesta subcategoria, cinco UR evidenciaram que os profissionais prestam um cuidado baseado no apoio psicossocial e na educação em saúde, buscando esclarecer as dúvidas do paciente e deixá-lo informado sobre a real situação do seu quadro clínico, como se pode verificar nos discursos a seguir:

Outras ações é conscientizar o paciente né? conversar, orientar o lado que ele deve dormir pra passar a dor, um exercício né?... (E10)

...a gente conversa com o paciente, tenta amenizar alguma coisa, mas não é nada formal, ou protocolado, é uma coisa informal! (E12)

A assistência relatada pelos profissionais revela princípios discutidos pela clínica ampliada. Campos e Amaral (2007) afirmam que, na clínica ampliada, a terapêutica é importante e não se restringe somente a fármacos e à cirurgia; garantem que há mais recursos terapêuticos do que esses, como valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Castro (2009, p. 815), ao divulgar a associação entre aids e dor, acrescenta que “uma vez diagnosticada a doença, uma das primeiras providências consiste na avaliação psicológica do paciente, que deverá continuar sob a assistência psicossocial dentro da equipe interdisciplinar que o assiste”.

Outro autor complementa que a dor, seja aguda ou crônica, acarreta inúmeros prejuízos à saúde pública, incluindo danos humanos, ocupacionais e laborais. Os prejuízos humanos envolvem desequilíbrios psíquicos e mentais apresentados pelos doentes, entre os quais se destacam a depressão, a ansiedade, as alterações do sono, a irritabilidade e a raiva; os prejuízos funcionais ocorrem tanto no social, quanto no lazer, no trabalho e na produtividade; já os prejuízos ocupacionais e laborais dizem respeito ao fato da dor ser um dos principais motivos de afastamento do trabalho, de absenteísmo, licenças, pecúlios, litígios e baixa produtividade (FIGUEIRÓ, 2003).

O discurso que se segue possibilita identificar a comunicação terapêutica estabelecida pelo profissional com o usuário, relatada por uma enfermeira, a qual demonstra conhecimento dos prejuízos psíquicos anteriormente descritos:

...muitas vezes, só em você chegar, conversar, ele vai relaxando...muitas vezes é carência! (E9)

Sobre esse aspecto, Teixeira et al. (2004) garantem que o esclarecimento das situações reduz as incertezas e permite melhor aderência ao tratamento e maior confiança nas atitudes terapêuticas.

Particularizando o cuidado aos clientes portadores de HIV/aids, autores ressaltam que o esclarecimento da doença, de sua situação atual no mundo, dos avanços e das possibilidades de tratamento são estratégias de cuidado que facilitam ao cliente compreender o processo vivido e o seu papel para sua saúde e qualidade de vida (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

Vila e Mussi (2001) complementam que os enfermeiros podem lançar mão de técnicas de relaxamento e distração proporcionando ao paciente uma maior sensação de controle da dor. Tais técnicas são úteis quando se deseja executar um procedimento doloroso, como a troca de um curativo, ou durante o período em que se espera pelo efeito analgésico de medicamentos administrados. O profissional pode, também, transmitir ao paciente que está ciente de sua dor e que deseja efetuar mudanças na assistência para minimizá-la.

No que diz respeito aos prejuízos psíquicos, profissionais da área de cuidados paliativos buscam um projeto de reestruturação do atual manejo da dor, o que pode fortalecer as diversas redes de atenção e promover mudanças importantes para a qualidade de vida dessas

peessoas. Portanto, os danos citados devem ser elucidados pelos profissionais responsáveis pelo cuidado direto ao paciente para que a assistência se torne mais individualizada e o alívio da dor um dos seus objetivos.

Faz-se necessário, para tanto, privilegiar a participação do usuário, da família e da comunidade no tratamento e conhecer as redes sociais de apoio do paciente para atuar junto com o profissional de saúde. Assim, espera-se que os profissionais empreguem esta filosofia de trabalho em suas atividades assistenciais, pois se percebe que os pacientes bem orientados e que têm um suporte familiar/social conseguem melhor compreender a doença, aderir e responder, efetivamente, ao tratamento e às estratégias implementadas.

CLASSE TEMÁTICA II. ESTRUTURA GERENCIAL PARA O CUIDADO À DOR EM PESSOAS COM AIDS

Para analisar a gerência do cuidado, faz-se necessário conhecer a estrutura gerencial disponível da instituição para a efetividade dos processos, sejam eles relacionados à assistência direta ao paciente, sejam relacionados aos recursos aplicados, à estrutura física, à disponibilidade de medicamentos e equipamentos adequados, entre outros. Tais aspectos são discutidos nesta categoria, em que 51 UR foram identificadas e reunidas nas subcategorias a seguir:

CATEGORIA 4: CONDIÇÕES ESTRUTURAIS FAVORÁVEIS

Esta categoria reúne 13 UR a respeito da percepção dos profissionais quanto às condições do serviço de referência no tratamento do HIV/aids consideradas favoráveis à gerência do cuidado aos pacientes internados com queixas de dor. Essas condições foram divididas em duas subcategorias, descritas a seguir.

4.1 Disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais

Ao serem questionados sobre as facilidades encontradas para o adequado manejo da dor na instituição, os profissionais ressaltaram a disponibilidade frequente de medicamentos, conforme se verificou em dez UR. As falas a seguir exemplificam o achado:

...o hospital dispõe, realmente, de toda a medicação! (E8)

...não temos falta de medicamentos, os médicos são atenciosos, deixam tudo prescrito! (E9)

A facilidade é que, a partir do momento que o diagnóstico é definido, aí a medicação é adequada também! (E1)

Tratamento interdisciplinar sobre a dor a gente não tem, mas medicamentos e profissionais pra prescrever e administrar a gente tem! (E12)

O acesso aos medicamentos e aos insumos essenciais para o controle da dor é amplamente discutido como um aspecto transversal na garantia de um serviço de qualidade, tanto do ponto de vista gerencial-orçamentário quanto do ponto de vista técnico-científico, que se coadune com os diversos programas, ações e estratégias existentes no SUS (GADELHA, 2009).

Por outro lado, a intervenção terapêutica não deve visar necessariamente à remoção dos fatores causais e ao tratamento da dor propriamente dita com medidas farmacológicas, fisiátricas, anestésicas, psiquiátricas e neurocirúrgicas funcionais, mas, especialmente, à reabilitação orientada por profissionais especializados no tratamento das incapacidades e competentes o bastante para esclarecer condições e modificar crenças inapropriadas relacionadas (TEIXEIRA et al., 2004).

Outros aspectos foram citados como relevantes para caracterizar a estrutura do serviço como adequada. Estes envolveram a estrutura organizacional propícia à realização de exames e ao monitoramento da resposta do paciente à internação e ao tratamento instituído. Tais aspectos são abordados nas falas dos profissionais abaixo:

Facilidades (que encontramos) é bater um raio x, fazer medicação, referenciar para um serviço específico... (E2)

...a gente tem a disposição de medicações, tem a questão do internamento, que você pode passar medicação pro paciente internado e monitorar a questão da resposta. (M4)

Os discursos das enfermeiras abaixo denotam a preocupação e a disposição dos profissionais em garantir conforto, segurança e alívio da dor aos pacientes, considerada uma condição favorável ao manejo efetivo desse sintoma na instituição:

...e sempre que ele referir dor, a gente estar pronto para interferir! (E7)

Quando ele não tá passando muito bem, tá com dor, a gente coloca na poltrona né? tenta dar um certo conforto a ele! (E4)

As discussões atuais sobre a gerência do cuidado de enfermagem abordam o perfil exigido pelas organizações para uma maior valorização do enfermeiro no que diz respeito às competências e habilidades específicas para o exercício da função gerencial, em detrimento do profissional que apresente apenas competência e habilidades para o exercício da função assistencial (CHRISTOVAM; PORTO, 2008).

Nesse contexto, verifica-se, nos discursos das enfermeiras (E4 e E7), que estas demonstraram certa habilidade comportamental para gerenciar o cuidado com foco no manejo da dor, mostrando que a participação de todos os profissionais e a presença de um projeto de trabalho comum são condições indispensáveis para que haja um trabalho verdadeiramente integrado no sentido de aliviar o sofrimento dos pacientes hospitalizados.

4.2 Hospital de referência

A estrutura do serviço também foi considerada, por alguns profissionais, adequada para o manejo da dor no que diz respeito à instituição ser referência no tratamento do HIV/aids, conforme discutido nas três UR a seguir:

...tudo está a nossa disposição né? por ser um hospital de referência! (E9)

Por ser um serviço de referência, a gente recebe muito paciente e atende! (M1)

Facilidade é porque aqui é um hospital de referência né?...tem muitos medicamentos, tem muitos funcionários, tem fisioterapeuta, só não temos fonoaudiólogos! (M2)

Instituições de referência geralmente chamam a atenção da população por, na maioria das vezes, disporem de profissionais, materiais, equipamentos e medicamentos, o que geralmente acarreta superlotação e pouca efetividade. No entanto, os profissionais entrevistados citaram que o hospital consegue atender à demanda, justificando-se a disposição de medicamentos como facilitador nesse processo.

O hospital deste estudo foi preparado para receber pacientes soropositivos, tornando-se a única unidade a receber os portadores do HIV no estado do Ceará. A política de humanização é estabelecida para tornar a instituição mais acolhedora levando em conta a questão de auto-estima dos soropositivos que recebiam da sociedade um tratamento complexo que os alijava do processo de convivência. Aliado a esse fator, o desenvolvimento tecnológico e a competência profissional fazem deste um hospital público de excelente padrão, de reconhecimento nacional e em instituições estrangeiras (GÓES, 2005).

CATEGORIA 5. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESFAVORÁVEIS

A categoria em questão merece destaque diante do quantitativo de unidades de registro nela reunidas, num total de 38. Destas, a metade abordava a inexistência de um atendimento específico para a dor na instituição (Subcategoria 5.1), e o restante dividiu-se em problemas relacionados à falta de profissionais com experiência (Subcategoria 5.2), à demanda elevada de pacientes na instituição (Subcategoria 5.3) e, finalmente, às falhas na referência e contra-referência entre unidades de saúde que atendem à clientela de aids (Subcategoria 5.4). Em seguida, discute-se cada uma dessas subcategorias.

5.1 Inexistência de atendimento específico para a dor

Na busca de melhor compreender e avaliar a dor nos diversos cenários da saúde, protocolos e escalas de mensuração têm sido desenvolvidos e implementados nos serviços para ajudar o profissional na abordagem desse sintoma.

Nesse contexto, 19 UR demonstraram a preocupação dos profissionais diante da não-existência do protocolo de avaliação da dor na instituição, apesar de ser considerada de referência. Os profissionais consideram a falta desse atendimento específico uma dificuldade para promover assistência mais direcionada e individualizada ao paciente com dor, conforme se observa nas UR:

...por não existir um protocolo de condução dessa dor, a gente faz o básico né? a analgesia e as recomendações de fisioterapia motora (M3).

...dificuldades existem exatamente pela falta do protocolo né?... (E6).

O que seria ideal era um protocolo sistemático, mas ainda não temos! (E10).

Recente pesquisa realizada em hospital universitário de Goiás também evidenciou a ausência de uma rotina de avaliação sistematizada da intensidade da dor nos pacientes pela equipe de enfermagem, considerando esse resultado um fato preocupante. Os pesquisadores concluíram que o enfermeiro trabalha em contato direto com o paciente durante o dia inteiro, sendo o responsável pela avaliação dos sinais vitais e tendo maior facilidade para analisar a intensidade da dor do paciente e da resposta do mesmo à terapêutica analgésica instituída (BRESSAN et al, 2010).

Outro estudo realizado em hospital privado de Fortaleza-Ceará demonstrou um conhecimento dos enfermeiros incipiente sobre a sistematização do atendimento para o manejo adequado (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010), apesar da existência e da divulgação constante de escalas unidimensionais e multidimensionais para a avaliação da dor.

Instrumentos multidimensionais para avaliação da dor são mais aplicados a nível ambulatorial, em que se tem mais tempo e se pode conhecer melhor o paciente que vivencia dor crônica. Para esta clientela, utilizam-se escalas que avaliam as multidimensões da dor, quais sejam a sensorial, a afetiva e a avaliativa, existindo algumas que incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os autoregistros por parte do paciente (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009). No ambiente hospitalar, por outro lado, são aplicados instrumentos unidimensionais para avaliação da experiência dolorosa, pois avaliam apenas uma dimensão: sua intensidade.

Apesar dos dados amplamente divulgados na literatura, poucas são as instituições brasileiras que já implementaram a rotina da avaliação da dor como o 5º sinal vital, denotando a necessidade urgente de maior integração das equipes médica e de enfermagem no sentido de conscientização de todos da importância do estudo da fisiopatologia e do tratamento da dor, visando à boa evolução do paciente e à humanização do tratamento hospitalar (BRESSAN et al., 2010).

Nesse estudo, em particular, as falas dos profissionais evidenciam certa expectativa destes em relação à existência de um protocolo específico como facilitador do manejo da dor, apesar de não terem sido evidenciadas articulações no sentido de iniciar a implantação desse instrumento.

5.2 Falta de profissionais com experiência

O manejo adequado da dor inicia-se com uma avaliação médica do paciente, a qual envolve, por sua vez, um diagnóstico correto que permite o desenvolvimento de estratégias terapêuticas ótimas (LOESER, 2009). No entanto, essas tarefas devem ser realizadas, mais facilmente, dentro de um programa interdisciplinar de dor, com profissionais capacitados para atuar em equipe no sentido de dar resolubilidade à dor dos pacientes, os quais, em sua maioria, já recorreram a inúmeros recursos de atendimento de saúde, sem obter melhora satisfatória.

Neste estudo, alguns profissionais relataram falhas nesses processos, como se pode analisar em nove UR. Os seguintes discursos exemplificam tais falhas:

Às vezes a gente fica só medicando e não tem aquela cultura da fisioterapia chegar junto né? (M3)

... em alguns pacientes (com dor), não existe medicação prescrita pra dor. (E6)

Analisando o último discurso, verifica-se que a inexistência de medicação prescrita para dor denota o conhecimento e a prática incipientes de alguns médicos sobre o manejo adequado, além de evidenciar um cuidado negligenciado, visto que é direito do paciente com aids ter sua dor avaliada e tratada adequadamente (FERREIRA; TEIXEIRA, 2009).

Outros autores já discutiram essa problemática da subprescrição de analgésicos. No estudo realizado por Vila e Mussi (2001), os profissionais enfermeiros salientaram a dependência em relação ao médico no que diz respeito à prescrição adequada de analgésicos e levantaram a problemática da prescrição ineficaz como consequência da subestimação da dor por parte da equipe de saúde.

O resultado também corrobora com os achados de estudo que abordou a percepção de médicos sobre as barreiras encontradas para o manejo adequado da dor associada à aids. As principais dificuldades relatadas pelos entrevistados foram: falta de conhecimento sobre o manejo da dor entre os profissionais, falta de acesso a especialistas em manejo da dor e dúvidas relacionadas ao uso e à adição potencial de analgésicos opióides nesta população (BREITBART et al., 1999).

Os achados evidenciam a necessidade da combinação de um programa educativo com determinações/leis governamentais ou da gerência do serviço que exijam dos profissionais a aplicação prática das orientações dos programas educativos para promover o controle adequado e o alívio da dor (FERREIRA; TEIXEIRA, 2009).

A experiência dos profissionais também é questionada ao analisar-se o seguinte discurso:

Específica para o manejo da dor, em relação ao cuidado de enfermagem... aqui não tem nada assim que eu considere específico! (E4)

O discurso da enfermeira evidencia a falta de conhecimento desta profissional, enquanto responsável direta pelo cuidado, no que diz respeito à identificação das atividades de enfermagem realizadas para o manejo da dor. Apesar desse resultado, sabe-se que, hoje, o enfermeiro é o profissional da equipe interdisciplinar que mantém contato mais próximo do paciente, sendo pioneiro nos estudos e na implantação dos programas de dor nos diversos cenários da saúde (CHAVES, 2004).

Além disso, pela formação voltada para o atendimento biopsicossocial do ser humano, o enfermeiro consegue avaliar, examinar e implementar estratégias farmacológicas e

não-farmacológicas de eficácia analgésica, garantindo a segurança do paciente durante a hospitalização.

Um dos profissionais acrescenta a existência de barreiras para o atendimento aos pacientes com dor crônica na instituição, conforme evidenciado na fala a seguir:

...os profissionais de saúde não gostam de atender pacientes que se queixam de dor crônica né?
(M7)

Alguns autores discutem o manejo insatisfatório da dor crônica nos portadores da aids. Eles afirmam que, embora menos frequentes do que antes da implementação da terapia antirretroviral, os sintomas permanecem recebendo um manejo insatisfatório, sendo um problema significativo inclusive em países desenvolvidos (SPIRIG et al., 2004). Nesses países, os profissionais nem sempre avaliam, sistematicamente, os sinais e sintomas dos pacientes, e instrumentos não-validados são utilizados para esse propósito.

Os achados ainda são mais alarmantes em países subdesenvolvidos, em que os profissionais desconhecem seu papel diante do manejo adequado da dor, negligenciando a assistência e gerando graves repercussões para o processo de cuidar, tornando-o fragmentado, desvinculado e desumanizado.

Vila e Mussi (2001) também já discutiram tais questões. Em seu estudo, enfermeiros afirmaram que, muitas vezes, a dor é subestimada, principalmente, por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ao afirmarem que a avaliação da dor e seu alívio são vistos como um aspecto secundário e que outras coisas são priorizadas em relação à dor.

Cabe ressaltar, nesse momento, que o tratamento adequado da dor tem uma enorme relevância para o bem-estar de todos os seres humanos, sendo legítimo que se reconheça de maneira explícita, se proclame e se promova o tratamento da dor por si mesmo à categoria de um dos direitos fundamentais do homem. Tal reconhecimento servirá de base para a estrutura legal a ser incorporada ao direito nas legislações dos diversos países e será de cumprimento obrigatório nos tratados regionais e internacionais (ORTEGA, 2009).

Fazem-se necessários, portanto, a implementação de protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, da avaliação e do controle, assim como a capacitação e a educação permanente das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico humanizado, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (GADELHA, 2009).

5.3 Demanda elevada

Nos discursos dos profissionais relacionados às dificuldades gerenciais encontradas, sete UR destacaram a demanda elevada de pacientes na instituição, conforme os relatos:

...tem uma demanda muito grande aqui no hospital e a gente não tem tempo suficiente pra poder dar pro paciente! (M4)

A gente tem muito paciente e não tem como focar num tratamento específico, assim, só pra dor! (M2)

Quando ele chega com uma dor e o médico assistente dele não está, a gente precisa mandar pro consultório, e a gente sabe que ele vai aguardar numa fila... (E4)

A ênfase dada no grande número de atendimentos vai de encontro à realidade de muitas instituições de saúde, em que estas reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia a produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento (BRASIL, 2009).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se atribuir algumas causas à existência dessa elevada demanda e à consequente dificuldade em atendê-la. Uma delas é a dificuldade de efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho em alguns serviços; outras causas seriam: comprometimento do fluxo e contra-fluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; diferentes estilos de gestão das equipes, configurando relações

ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde com os poderes locais; conflitos na relação entre o serviço de saúde e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

É imprescindível, portanto, valorizar a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde; reorganizar o serviço a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário; elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado); e promover mudanças estruturais na forma de gestão do serviço, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas (BRASIL, 2009).

Cabe salientar que ações desse tipo devem ser desempenhadas por todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, desde os gestores, profissionais da assistência, ao paciente, família e comunidade. Só assim se pode vislumbrar um atendimento individualizado e pautado na integralidade da atenção à saúde.

A discussão sobre demanda gera outras reflexões, principalmente no tocante à integralidade das ações em saúde, o que será aprofundado na subcategoria seguinte sobre referência e contra-referência.

5.4 Falhas na referência e contra-referência

De acordo com Testa (1993), os aspectos que garantiriam que a Atenção Básica à Saúde (ABS) fosse eficaz relacionam-se com a universalidade, o acesso, a regionalização, a referência e a contra-referência, garantindo acesso a outros níveis de atenção. Sobre estes últimos, três UR destacaram como os profissionais teceram comentários acerca de falhas observadas diariamente:

Quando é uma cefaléia, você quer referenciar pra um neurologista e não tem no momento! (M7)

... tem a desejar quanto a essa história de referência! (E2)

...suspeitando da dor, eu tenho que encaminhar e só vou ter um resultado se o paciente melhorou ou não na volta pra consulta, que vai ser daqui a 4 meses depois... (M6)

A assistência à saúde no SUS encontra-se organizada em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência). Autores consideram que, na prática, essa é uma postura -prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso, termina não se concretizando. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas (JUNIOR; ALVES, 2007).

A realidade apresentada nos discursos dos profissionais, que envolve o tratamento e acompanhamento dos pacientes com dor, é consideravelmente prejudicada pela fragilidade do sistema de referência e contra-referência, entendendo que, nesses casos, o problema é maior devido à necessidade urgente de uma melhora da dor no paciente.

Autores acrescentam que a maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica, mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde (JUNIOR, ALVES, 2007).

Uma mudança importante seria, portanto, desenvolver práticas gerenciais eficazes integradas entre as instituições que possam atender pessoas com HIV/aids e dor, fazendo com que o sistema de referência funcione e que a contra-referência seja eficiente para dar continuidade ao acompanhamento do paciente na instituição de origem.

5.2 DOR E AIDS: perspectiva dos pacientes hospitalizados

5.2.1 Perfil da amostra

Além dos 20 profissionais, compuseram a amostra do presente estudo 63 pacientes, com predominância do sexo masculino, estado civil solteiro e baixo nível sócio-econômico. As demais características sócio-demográficas e os aspectos relativos à doença e ao tratamento encontram-se reunidas na Tabela 1.

TABELA 1 – Características sócio-demográficas e clínicas da amostra. Fortaleza-CE, maio a setembro 2010. N= 63

Características do paciente	n	(%)	
Gênero			
Masculino	44	(69,8)	
Feminino	19	(30,2)	
Faixa etária (anos)			Média ± DP
19 31	16	(25,4)	37.6 ± 9,1
32 44	26	(41,3)	
45 58	21	(33,3)	
Renda familiar (salários mínimos)			
≤ 1	49	(77,8)	
2 3	10	(15,9)	
> 3	4	(6,3)	
Estado civil			
Solteiro	42	(66,7)	
União consensual	9	(14,3)	
Casado	6	(9,5)	
Separado, divorciado ou viúvo	6	(9,5)	
Ocupação			
Serviços Gerais	19	(30,2)	
Desempregado	18	(28,6)	
Aposentado	8	(12,7)	
Do lar	4	(6,3)	
Outra ¹	14	(22,2)	
Escolaridade			
Analfabeto	8	(12,7)	
1º Grau	35	(55,5)	
2º Grau	5	(7,9)	
Superior	3	(4,8)	
Motivo da internação			
Infecções oportunistas (IO)	47	(74,6)	
Síndrome diarreica	14	(22,2)	
Distúrbios hematológicos	4	(6,3)	
Dor	4	(6,3)	
Outros ²	16	(25,4)	
Doenças atuais e pregressas			
Infecciosas ³	109	(173,0)*	
Crônicas ⁴	12	(19,0)	
Nenhuma	11	(17,5)	
Em Tratamento Antirretroviral (TARV)			
Sim	37	(58,7)	
Não	26	(41,3)	

1. Garoto de programa; auxiliar de escritório; analista financeiro; recepcionista; economista; auxiliar de costureira; pintor de automóvel; voluntário de ONG; cabelereiro; vendedor ambulante; aplicador de monta; lavador de carro; auxiliar de contabilidade; carpinteiro.

2. Celulite em membros inferiores; insuficiência cardíaca congestiva; pancreatite aguda; síndrome consuptiva; gastrite; hepatite medicamentosa; câncer genital; intolerância à TARV; úlceras esofágicas; neoplasia ovariana; convulsões; síncope; intoxicação exógena; hepatite C; dengue; infecção urinária.

3. Tuberculose pulmonar; Pneumonia; Hanseníase; Varicela; Sífilis; Herpes zoster; Leishmaniose; Sarampo; Caxumba; Poliomielite; Rubéola; Herpes genital; Neurotoxoplasmose; Dengue; Histoplasmosse; Meningite viral; Osteomielite;

4. Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Asma brônquica; Cancer de colo uterino; Acidente Vascular cerebral; Epilepsia.

* Considerando que cada paciente citou mais de uma doença infecciosa pregressa e/ou atual.

O perfil da amostra analisada é bem próxima à encontrada por Tancredi (2010) em estudo epidemiológico relacionado à sobrevivência dos pacientes com HIV/aids. O autor justifica que, desde o início da infecção, o grupo inicialmente mais atingido é o de homens, na faixa etária de 20 a 49 anos, com aumento expressivo de casos entre mulheres após os anos 90. No Brasil, até junho de 2008, 66% eram do sexo masculino e, em 2003, 78% dos casos estão na faixa etária de 25 a 49 anos (BRASIL, 2010). Tais dados corroboram com os encontrados nesta pesquisa, no que diz respeito às variáveis gênero e faixa etária.

Dados do Boletim Epidemiológico da Aids em 2009 mostram, ainda, que a análise de casos de aids por sexo apresenta que, tanto entre homens quanto entre mulheres, as maiores taxas de incidência encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos e observa-se uma tendência de crescimento nos últimos dez anos, a partir de 40 anos de idade (BRASIL, 2009).

Por sua vez, o *status* sócio-econômico baixo é característica da população em estudo, tendo em vista a instituição ser pública, favorecendo o maior acesso das pessoas que utilizam o sistema único de saúde para atender suas necessidades. A situação sócio-econômica da população é um atributo que, segundo Muñoz et al (2004), expressa um conjunto de exposições como escolaridade, renda pessoal/familiar, situação de empregabilidade, ser beneficiário de planos de saúde e seguros, fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde e na adesão ao tratamento. Além disso, acredita-se que existe associação entre baixa renda familiar e maior expressão clínica de determinadas doenças crônicas em relação às queixas dolorosas, contribuindo para piorar a qualidade de vida dos portadores (LEITE; SALES, OLIVEIRA, 2009).

No que diz respeito aos aspectos clínicos, inicialmente, os pacientes foram interrogados sobre o principal motivo da internação e, posteriormente, esses dados foram confirmados em seus respectivos prontuários. Constatou-se que, em apenas quatro casos, a dor havia sido motivo principal da internação; quanto aos outros motivos, destacaram-se as infecções oportunistas (57,1%) e a síndrome diarreica (22,2%).

Dentre as infecções oportunistas, as encontradas neste estudo foram: tuberculose pulmonar (TB) (17,5%), neurotoxoplasmose (NTX) (12,7%), pneumocistose (14,3%), histoplasmose (9,5%), leishmaniose (6,3%), candidíase esofágica (4,8%), meningite linfocítica (1,6%), herpes zoster (1,6%), meningite por criptococo (1,6%) e leptospirose (1,6%). Tais

infecções também foram relatadas, em sua maioria, pelos profissionais entrevistados nesse estudo, conforme analisado, anteriormente, no Quadro 2.

Outra pesquisa mostrou dados semelhantes aos deste estudo, em que os principais eventos para o diagnóstico de aids nos pacientes hospitalizados foram: pneumonia por *pneumocystis carinii* (PPC) (40%), sarcoma de Kaposi (16%) e candidíase esofágica (14%), seguidos de alguns menos frequentes, tais como: toxoplasmose, linfomas, citomegalovírus, meningite por criptococo, entre outros (FRICH; BORGBJERG; 2000).

Essas infecções associam-se a alguns tipos de dores mais prevalentes nos pacientes com aids. Por exemplo, um dos sintomas mais comuns da TB pulmonar é a dor torácica à inspiração profunda, associada a tosse persistente; neurotoxoplasmose é causa comum de cefaleia fronto-parietal de forte intensidade nos pacientes internados; pneumocistose geralmente causa dor torácica e histoplasmose é continuamente associada à dores abdominais e epigástricas (SEKADDE; SCHWARZWALD, 2010).

Em segundo lugar, a síndrome diarreica foi motivo principal de internação em 22,2% dos pacientes. Esta é um sintoma muito frequente e sua incidência varia de acordo com as condições sócio-econômicas da região estudada. Os países desenvolvidos têm incidência em torno de 60%, enquanto em alguns países subdesenvolvidos as taxas chegam a 100% no curso da doença (CARVALHO, 2010). O autor acrescenta que, nas fases mais avançadas da infecção, patógenos oportunistas, como o Citomegalovirus (CMV) e o *Micobacterium avium* complex (MAC), são os responsáveis pelos sintomas gastrointestinais como parte de infecção sistêmica, além dos eventos de dor por eles causados.

Quanto ao tempo de diagnóstico e de tratamento, as médias encontradas foram de 5,7 e 4,3 anos, respectivamente. Já quanto ao número de internações, verificou-se média de 3,9 internações.

No tocante ao tratamento antirretroviral, a maioria (57,1%) dos pacientes confirmou fazer uso dos medicamentos. Os mais citados pertenciam ao grupo dos Inibidores Nucleosídicos de Transcriptase Reversa (INTR), incluindo Zidovudina, Didanosina, Estavudina, Lamivudina e Abacavir. Desses pacientes, 59% faziam tratamento há mais de cinco anos.

Nesses casos, os estudos mostram que os pacientes em uso prolongado de TARV e com maior tempo de diagnóstico tendem a desenvolver mais quadros dolorosos devido aos efeitos colaterais das medicações, além do aumento da incidência de infecções oportunistas (CICHOCKI, 2009; IASP, 1999; NAIR et al., 2009). No entanto, neste estudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a terapia antirretroviral implementada e a localização/frequência da dor referida pelos pacientes (p de Fisher-Freeman-Halton=0,933), bem como com o motivo da internação ($p=0,658$).

5.2.2 Características da dor e medidas de controle

A Tabela 2 reúne as características relacionadas à dor e à analgesia relatadas pelos pacientes entrevistados.

TABELA 2 – Dados sobre dor e analgesia relatados por portadores da aids hospitalizados. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010

Variáveis	n	(%)
Sentiu dor após o diagnóstico de aids (N=63)		
Sim	60	(95,3)
Não	3	(4,7)
Frequência da dor (N=60)		
Intermitente	25	(41,7)
Contínua	18	(30,0)
Raramente	17	(28,3)
Localização principal (N=60)		
Cabeça	34	(56,7)
Abdome	32	(53,3)
Membros inferiores	27	(45,0)
Membros superiores	11	(18,3)
Orofaringe	10	(16,6)
Tórax	9	(15,0)
Coluna lombar	7	(11,6)
Corpo todo	2	(3,3)
Outra	10	(16,6)
Uso de analgésico no domicílio antes da internação (N=60)		
Sim	44	(73,3)
Não	16	(26,7)
Medicamento em uso no domicílio (N=44)		
Analgésicos simples	24	(55,6)
Antiinflamatórios não-esteroidais (AINES)	11	(25,0)
Outro	7	(15,9)
Não sabe informar	6	(13,6)
Uso de métodos não-farmacológicos para analgesia (N=60)		
Não	42	(70,0)
Sim	18	(30,0)
Medidas não-farmacológicas utilizadas (N=18)		
Chás	13	(72,2)
Massagem	10	(55,5)
Compressas geladas/mornas	4	(22,2)
Satisfação com a analgesia recebida no hospital (N=63)		
Satisfeito	35	(55,5)
Muito satisfeito	26	(41,3)
Insatisfeito	2	(3,2)

Analisando a Tabela 2, observa-se que a quase totalidade dos pacientes entrevistados (95,3%) relatou sentir dor após o diagnóstico de aids, cuja causa estava relacionada às doenças oportunistas e alguns citaram outros motivos. Dos 60 pacientes com histórico de dor, a maior

parte (41,7%) referiu dor intermitente, seguida de 30% com queixas de dor contínua/persistente e 28,3% relataram sentir dor raramente.

Divergindo dos dados desta pesquisa, estudo realizado no estado de São Paulo, na busca de determinar a prevalência e as características da dor em doentes com aids, encontrou dor contínua em proporção maior à deste estudo (44,7% dos pacientes) (FERNANDES, 2000).

Outras pesquisas já demonstraram que a prevalência de dor em pacientes com aids é crescente. Frich; Borgbjerg (2000) encontraram 74% de prevalência e 88% de incidência de dor em amostra formada por 95 pacientes portadores da aids, num estudo prospectivo com duração de dois anos. Em estudo mais recente, com amostra por conveniência formada por 175 adultos portadores do vírus HIV acompanhados num período de três anos, a dor foi relatada por mais da metade dos pacientes (55%); deste grupo, 67% queixaram-se de dor frequente ou quase constante e 82% relataram dor severa ou muito severa (AOUIZERAT; BRADLEY; 2010). Observa-se que os dados relativos à frequência e a persistência de dor nos pacientes de aids descritos nos estudos anteriores convergem com os resultados desta pesquisa.

Percebe-se que a dor de caráter crônico esteve presente em apenas 30% da amostra, considerando a persistência do quadro algico. Tal resultado permite inferir que os pacientes deste estudo apresentam dor do tipo aguda, que se manifestou de modo intermitente, presente na maior parte da amostra analisada (41,7%).

Pode ser que a maior frequência da dor aguda decorra do fato da maior parte dos pacientes (42,9%) apresentar tempo de diagnóstico recente, com menos de três anos. Sobre o aspecto temporal, estudos comprovam que a dor crônica é mais frequente nos pacientes em estágio avançado da doença. Além disso, a esse tipo de dor, múltiplas fontes estão associadas ao mesmo tempo, como infecções oportunistas, tratamento prolongado com antirretrovirais, entre outros fatores (FRICH; BORGBJERG, 2000; GRAY; BERGER, 2007).

Quando questionados se conheciam a causa da dor referida, a maior parte dos pacientes respondeu positivamente (38,3%), tendo sido relatadas situações diversas: infecções oportunistas, incluindo neurotoxoplasmose, leishmaniose, pneumocistose; a própria infecção pelo

HIV; tratamento antirretroviral; distúrbios hematológicos e hidroeletrólíticos, como anemia e hipocalcemia; seguimento inadequado do tratamento, entre outros.

Verificou-se, portanto, que essa parcela de pacientes conhecia as origens da dor referida, porém não sabia explicar, com clareza, as causas associadas e o tratamento recebido. Esse resultado também foi encontrado em estudo envolvendo três programas de cuidados paliativos que tratavam de pacientes vivendo com HIV/aids nos EUA. Com este, pesquisadores descobriram que muitos portadores da doença conseguem identificar e atribuir causas aos inúmeros sintomas frequentes e severos por eles vivenciados, no entanto consideram que não são devidamente tratados, em sua maioria. Nesse contexto, os estudiosos refletem sobre a existência de lacunas na comunicação entre médicos e pacientes quanto aos sintomas mais comuns nessa clientela, o que gera, consequentemente, subreconhecimento e subtratamento dos sintomas (KARUS et al., 2005).

Pesquisadores da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) confirmam as causas da dor mencionadas pelos entrevistados neste estudo e alertam os profissionais de saúde sobre as síndromes de dor encontradas nos pacientes, atribuindo-lhes as seguintes causas: imunossupressão induzida pelo vírus HIV, tratamento antirretroviral instituído e infecções oportunistas (IASP, 1996).

Cabe citar que não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e conhecimento da causa da dor, conforme teste de razão de verossimilhança ($p=0,501$). Desse modo, idade, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento e número de internações não foram variáveis que estabeleceram relação significativa com a variável: conhece a causa da dor referida.

No que diz respeito às principais localizações da dor citadas pelos pacientes, os resultados vão de encontro aos relatados pelos profissionais, em que a maioria referiu cefaléia (56,6%), seguida pelas dores abdominais (53,3%) e nos membros inferiores (45%), além de outras localizações em menor frequência, incluindo costelas, região anal e peri-anal, pênis, joelho, cotovelos, ombros, pescoço, ossos e cavidade oral.

Conforme já evidenciado por Castro (2009), a dor nos pacientes com aids advém de origens diversas (somática, visceral, neuropática, psicogênica e mista), além de afetar os mais diferentes setores orgânicos.

Em resumo, o autor define os órgãos mais afetados:

Na orofaringe, causam ulcerações por citomegalovírus, herpesvírus, candidíase oral e sarcoma de Kaposi. No tórax, podem-se encontrar ulcerações do esôfago, herpes, monilíase, linfomas, neuralgia herpética e sarcoma de Kaposi. No abdome, se observam adenites, linfomas, tuberculose, hepatite, colecistite e pancreatite. O envolvimento das lesões no sistema nervoso central leva às cefaléias causadas por toxoplasmose cerebral, encefalite pelo HIV, meningite tuberculose, sífilis e processos inflamatórios inespecíficos. O sistema nervoso periférico envolvido leva à eclosão de numerosos tipos de neuropatias periféricas (CASTRO, 2009,p. 812).

Quanto às medidas de controle da dor, a maioria (73,3%) referiu automedicação no domicílio, incluindo o uso de analgésicos simples (55,6%), antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) (25,0%), entre outros (15,9%) (opióides fracos e adjuvantes).

Frich; Borgbjerg (2000) encontraram dados bem próximos a estes. Observou-se que, no início do estudo, 30% faziam uso de AINES, no esquema “se necessário”, seguidos de opióides fortes (7%), antidepressivos como adjuvantes (7%) e opióides fracos (3%), como codeína e tramadol.

Outros autores encontraram dados diferentes: 74% dos pacientes com aids estavam em uso de opióides endovenosos, 38% de opióides orais + acetaminofeno, 66% em uso exclusivo de acetaminofeno, 10% em uso de ibuprofeno, 3% utilizando aspirina, 13% recebendo outros AINES e 75% fazendo uso de benzodiazepínicos. Observa-se que os opióides e adjuvantes mereceram destaque diante de sua utilização, porém cabe citar que a amostra do estudo era formada por pacientes com aids em fase avançada da doença, o que pode justificar a maior prescrição de analgésicos mais potentes (KIMBALL; MCCORMICK, 1996).

Quando questionados sobre a utilização de métodos alternativos para o alívio da dor no domicílio, pode-se observar, na Tabela 2, que a maioria (70%) relatou não fazer uso de tais métodos. Já os demais citaram diversas estratégias, destacando-se o uso de chás e aplicação de massagens e compressas frias/mornas no local da dor.

Tal resultado é semelhante ao encontrado em estudo publicado no Jornal da Associação de Enfermeiras no Cuidado à Aids sobre a avaliação e o manejo da dor associada a aids na perspectiva dos pacientes. No que diz respeito às terapias complementares para o alívio da dor, os autores encontraram que, embora a maioria dos pacientes relatar que os medicamentos para dor foram efetivos, o tratamento não-farmacológico ressaltado na literatura de enfermagem como aplicável nesses casos foram pouco citados e/ou utilizados pelos pacientes (HOLZEMER; HENRY; REILLY, 1998).

Numa outra perspectiva, Posso et al. (2010) asseguram que o cuidado é um exercício contínuo do relacionamento interpessoal, de interação e troca de saberes e fazeres culturais, populares e científicos, os quais permitem o mútuo aprendizado dos saberes nas relações sociais e a coexistência entre os procedimentos técnicos convencionais e procedimentos complementares não convencionais.

Enriquecendo os achados deste estudo, Budó et al (2008, p.95) ressaltam que “o cuidado exige o compartilhamento de fatores e compromissos representados pela medicação, pelo chá, pelos procedimentos como o uso de massagens, calor e frio associadas à presença, ao carinho e ao afeto”.

Outros autores identificaram, em estudo com 130 indivíduos de ambos os sexos, 14 tipos de terapêuticas convencionais e 16 tipos de plantas medicinais utilizadas, especificamente, para o alívio da cefaléia. Destas, muitas tinham atividade terapêutica comprovada, incluindo: chá de canela, de boldo, anador, erva cidreira, hortelã, entre outros (POSSO et al, 2010). Estes chás também foram citados, neste estudo, por 20,6% dos pacientes, que os consideravam eficazes para o alívio da dor. Além dos de eficácia comprovada, foram relatados nesse estudo os seguintes chás: quebra-pedra, capim santo, casca de laranja e erva doce.

Infere-se que o uso de chás de ervas medicinais é favorecido pelo fácil acesso e baixo custo, sendo considerada uma prática popular desde o tempo das civilizações antigas. No cotidiano do enfermeiro, é comum cuidar de indivíduos com dor que utilizam terapêuticas não-convencionais para o seu alívio. Considera-se, portanto, essencial conhecer e integrar as terapêuticas empíricas e científicas no processo de cuidar.

Outra medida citada por apenas quatro entrevistados, mas considerada de eficácia comprovada no tratamento da dor, foi a aplicação de compressas de frio/calor no local da dor. Estudiosa explica o mecanismo da aplicação de gelo na redução da dor: aplicar gelo diminui a velocidade de condução do nervo periférico e, conseqüentemente, a informação nociceptiva transmitida ao cérebro por meio das fibras aferentes primárias à medula espinhal. Como a atividade dos neurônios do corno dorsal da medula é diminuída, a transmissão da informação nociceptiva aos centros cerebrais altos é reduzida, resultando em diminuição da percepção dolorosa (OWNBY, 2006). O estudo realizado com pacientes de aids comprovou uma redução na intensidade da dor neuropática após a aplicação de massagem com gelo, sugerindo que essa intervenção apresenta certo benefício clínico.

A despeito das evidências da sua eficácia e segurança, autores asseguram que as terapêuticas não farmacológicas são pouco utilizadas pelos indivíduos com dor crônica. Sabe-se que a terapêutica farmacológica é a mais eficaz e, em algumas situações, indispensável para o controle da dor, entretanto já está comprovado que a associação de terapêuticas não farmacológicas diminui a necessidade de medicamentos, o que pode minimizar o risco de efeitos colaterais, principalmente em idosos (DELLAROZA et al., 2008).

É necessário, portanto, intensificar as pesquisas sobre as terapias complementares, ampliando o campo de atuação do enfermeiro, conduzindo às intervenções terapêuticas efetivas realizadas por esses profissionais para o adequado controle e manejo da dor (ELER; JAQUES, 2006).

No contexto do gerenciamento do cuidado, também é imprescindível que os profissionais conheçam a percepção dos usuários sobre a assistência por eles prestada. Assim, os pacientes tiveram a oportunidade de relatar sua satisfação com o tratamento recebido para a dor na instituição, bem como de fornecer sugestões para a melhoria do serviço prestado.

Sobre a investigação da satisfação com a analgesia, Silva e Pimenta (2003) destacaram que esta é parte dos protocolos de dor e analgesia, sendo considerada como um indicador de qualidade pela Sociedade Americana de Dor.

Neste estudo, verificou-se que a maioria (55,5%) estava satisfeita, seguida de 41,3% muito satisfeitos e apenas 3,2% insatisfeitos com a analgesia recebida.

Outro estudo encontrou resultados similares, em que 24% dos pacientes entrevistados sentiram-se satisfeitos com o tratamento recebido para a dor; 13% consideraram este aceitável e apenas 3% estavam insatisfeitos. Dos que estavam satisfeitos, 79% tinham dor constante, 57% haviam tido dor por mais de três meses e apenas 39% receberam analgésicos de horário para o alívio da dor (FRICH; BORGBJERG, 2000).

Já os que estavam insatisfeitos, no presente estudo, relataram a necessidade de um atendimento mais humanizado, pois se queixaram da falta de informações sobre a doença e o tratamento e de vínculo com os profissionais, geralmente pouco envolvidos e sem tempo para conversar e esclarecer suas dúvidas.

5.2.3 Percepção sobre o cuidado recebido e a satisfação com a analgesia

No contexto da análise do gerenciamento do cuidado, os pacientes hospitalizados foram interrogados se já haviam procurado algum serviço de saúde devido à dor, já que esta tem sido considerada um dos principais sintomas relatados pelos doentes. Caso positivo, os entrevistados foram solicitados que descrevessem as ações terapêuticas instituídas pelos profissionais para o alívio da dor referida.

Assim, encontrou-se a maioria dos pacientes (69,8%) com relatos de já ter procurado o serviço de saúde para o alívio da dor, principalmente o hospital em estudo. Para essas pessoas, o cuidado esteve centrado na administração correta e em tempo hábil de medicamentos endovenosos e na liberação para o domicílio logo após o alívio da dor.

Observa-se, na Tabela 3, descrições dos pacientes sobre o cuidado recebido para o tratamento da dor anteriormente à presente internação.

TABELA 3 – Condutas tomadas pelos profissionais para o alívio da dor na percepção de pacientes com aids hospitalizados. Fortaleza-CE, maio/setembro 2010. (N=44)

Condutas	N	(%)
1. Administração de analgésicos + alta após melhora da dor	21	47,7
2. Realização de exames + administração de analgésicos + alta após melhora da dor	8	18,2
3. Administração de analgésicos + alta <i>sem</i> melhora da dor	8	18,2
4. Internação <i>sem</i> alívio prévio da dor	4	9,1
5. Internação com alívio prévio da dor	3	6,8
Total	44	100,0

Analisando as condutas tomadas pelos profissionais na visão dos pacientes, pode-se refletir que, apesar de relatarem a necessidade de atendimento interdisciplinar à pessoa com aids, principalmente em se tratando do manejo da dor, os profissionais focalizaram o tratamento na administração de analgésicos, encaminhando os pacientes para o domicílio sem orientações de uma analgesia mais individualizada, e em alguns casos mesmo sem alívio da dor.

Apesar disso, a maior parte dos pacientes que buscaram o hospital devido à dor retornou ao domicílio com resolução do quadro álgico, o que nos leva a concluir que, nesses casos, houve adequação analgésica. Esta ocorre quando existe congruência entre o nível de dor relatado pelo paciente e o tipo de droga analgésica prescrita, com base em parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde (FRICH; BORGBJERG, 2000).

Em seu estudo, os autores citados também obtiveram comentários acerca do tratamento recebido para a dor por parte dos pacientes. Dessa forma, encontraram queixas de que a dor não foi levada a sério pelos profissionais; relutância para usar analgésicos, por medo de efeitos colaterais e dúvidas frequentes quanto ao uso adequado; além de lamentações sobre a subprescrição de analgésicos.

Finalmente, considerando a necessidade de ampliar o conhecimento relativo à gerência do cuidado na perspectiva dos pacientes, foi imperativo apreciar a rede social de apoio destes. Verificou-se que 12 pacientes (19%) relataram não contar com o apoio de quaisquer

peças para cuidá-los em situações de dor, enquanto os demais (81%) relataram os sujeitos mais participativos nesse processo, conforme disposto na Tabela 4.

TABELA 4 – Pessoas implicadas no cuidado à dor do paciente com aids hospitalizado. Fortaleza- CE, maio/setembro 2010

Rede social de apoio	n	%
1. Familiares	36	57,1
2. Profissionais de saúde	25	39,7
3. Religiosos	16	25,4
4. Amigos	3	4,8
5. Membros de Organizações não-governamentais (ONGs)	2	3,2
6. Nenhuma	12	19,0

*Observação: n=63; alguns participantes citaram mais de um item.

Verifica-se que os familiares representam papel primordial no tratamento do paciente, sendo os principais responsáveis por compartilhar os efeitos da doença na vida do portador da aids. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) já discutiu a necessidade de se conceber a realidade em rede, a qual implica em observar os acontecimentos focalizando as suas interligações e os efeitos que produzem cada ligação, além de refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso. Por este caminho, identificam-se quais atores estão envolvidos, que negociações precisam ser feitas, que lugares cada um desses atores ocupa no sistema de relações e quais caminhos podem ser percorridos.

Borges, Queiroz e Ribeiro (2010, p.224) acrescentam que “é competência da equipe de enfermagem estimular a melhoria do estado psíquico e físico dos pacientes e daqueles que o cercam, para que procurem suprir os desequilíbrios provocados pela doença”. Assim, para alcançar tal objetivo, não se deve negligenciar a inter-relação existente entre as possibilidades, as capacidades e os recursos do paciente, bem como de seus familiares.

Em segundo lugar, os profissionais de saúde ganharam destaque na percepção dos pacientes diante do papel de cuidador por eles desempenhados, principalmente no contexto hospitalar. Nesse grupo, foram citados os médicos e os membros da equipe de enfermagem. Assim, os diversos atores envolvidos no cuidado: família, amigos, profissionais e membros da mesma religião, constituem redes de cooperação, sendo, ao mesmo tempo, apoiados e apoiadores no processo de produção de saúde.

Nessa ótica, o profissional ou a equipe de saúde não são os únicos responsáveis pelo processo de buscas para as saídas das dificuldades; a construção do novo passa pelo encontro e a criatividade das diversas subjetividades envolvidas. Assim, todo sujeito se encontra inserido numa rede de produção de subjetividade, sendo considerado um ser em conexão com outros seres e outras vidas (BRASIL, 2009).

Complementando os achados relacionados à rede social de apoio, apenas dois entrevistados citaram os membros de ONGs como implicados no cuidado aos pacientes internados.

As Organizações não governamentais que trabalham com HIV/aids (ONGs/Aids), desde o início da epidemia têm desempenhado um papel importante no apoio às pessoas que vivem com o vírus, pois contribuem para a reconstrução do projeto de vida dessas pessoas, além de incentivar ações de fortalecimento de seus direitos humanos e sociais. Todavia, com as mudanças do quadro da epidemia, percebe-se que se alteram as demandas e formas de atendimento. As ONGs, cada vez mais, encontram a necessidade de direcionar suas ações para as populações economicamente menos favorecidas, devido à prevalência associativa entre a aids e a pobreza (CASTRO E SILVA, 2009).

Esse contexto sugere um fortalecimento institucional em nível de infraestrutura técnica e financeira, aspectos difíceis de serem supridos pelos escassos recursos que as ONGs/aids têm disponíveis.

Apesar disso, faz-se necessário incentivar, cada vez mais, a participação ativa dessas ONGs na instituição em estudo, visto a grande contribuição para o cuidado ao paciente, ao fornecer materiais de higiene pessoal, possibilitar atividades de cunho artístico e cultural, além de permitir rodas de conversa e compartilhamento de sentimentos e experiências entre pacientes e voluntários. Destacam-se a Associação dos Voluntários do Hospital São José, o Grupo Girassol e a ONG Anjo Azul, os quais realizam com seriedade um trabalho voluntário, com escalas de plantão, fornecendo apoio emocional e colaborando como cuidadores dos pacientes.

5.3 DOR E AIDS: análise dos registros em prontuários

Os registros no prontuário do paciente estabelecem a comunicação escrita de informações pertinentes às suas condições de saúde-doença e dos cuidados que são necessários ao mesmo, com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência (COSTA; PAZ; SOUZA, 2010). Nessa perspectiva, considerou-se relevante analisar o manejo da dor por meio dos registros nos prontuários da instituição, dados reunidos na tabela 5.

TABELA 5 – Dados sobre dor e analgesia registrados em prontuários de pacientes com aids. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010

Variáveis relacionadas aos registros	n	(%)
Presença de dor (N=63)		
Sim	57	(90,5)
Não	6	(9,5)
Responsável pelo registro (N=57)		
Médico	54	(94,7)
Enfermeiro	49	(85,9)
Fisioterapeuta	5	(8,8)
Características da dor registradas (N=57)		
Localização	57	(100,0)
Fatores de melhora e piora	35	(61,4)
Intensidade	25	(43,8)
Frequência	16	(28,0)
Qualidade	15	(26,3)
Prejuízos advindos da dor	10	(17,5)
Localização da dor registrada (N=57)		
Abdome	30	(52,6)
Cabeça	29	(50,9)
Tórax	19	(33,3)
Coluna lombar	17	(29,8)
Membros inferiores	14	(24,6)
Membros superiores	10	(17,5)
Coluna cervical	8	(14,0)
Outra*	15	(26,3)
Frequência da dor (N=16)		
Contínua/persistente	10	(62,5)
Intermitente	6	(37,5)
Intensidade da dor (N=25)		
Intensa	14	(56,0)
Leve	7	(28,0)
Moderada	4	(16,0)
Analgesia prescrita (N=63)		
AINES	42	(66,7)
Analgésicos simples	28	(44,4)
Adjuvantes	26	(41,3)
Opióides	19	(30,2)
Relatos dos profissionais sobre a satisfação do paciente com a analgesia		
Não	60	(95,2)
Sim	3	(4,8)
Aplicação de medidas não-farmacológicas (N=63)		
Não	58	(92,1)
Sim	5	(7,9)
Medida não-farmacológica prescrita (N=7)		
Compressas mornas/geladas	3	(42,8)
Solução tópica	2	(28,6)
Caminhada	1	(14,3)
Relaxamento	1	(14,3)

* Hipogástrico (4); articulações (4); ombro (4); flancos (3); ânus (3); baixo ventre (3); mucosa oral (2); dorso (2); região inguinal (2); mesogástrico (1); cotovelo (1); joelho (1); esterno (1); orofaringe (1); pelve (1).

Considerando-se os 63 prontuários dos doentes incluídos na amostra deste estudo, observaram-se anotações da presença de dor em sua maioria, 90,5% (n=57), e não havia registro de presença ou ausência de dor em 9,5% (n=6). Os apontamentos, em sua maioria, foram realizados pelos profissionais médicos e de enfermagem (94,7 e 85,9, respectivamente).

Analisando as especificidades dos registros, os profissionais destacaram, principalmente, as seguintes características da dor: localização (100,0%), fatores de melhora/piora (61,4%) e intensidade (43,8%). Essas características também foram encontradas no estudo de Silva e Pimenta (2003) sobre registros de dor em prontuários de doentes hospitalizados, em que os profissionais limitaram-se à descrição do local e da intensidade da dor.

As localizações anotadas nos prontuários coincidem com aquelas citadas pelos pacientes e pelos profissionais entrevistados, destacando-se a elevada prevalência de dor abdominal (52,6%) e de cabeça (50,9%), seguidas de outros locais como coluna lombar, tórax e membros inferiores.

No que diz respeito à intensidade da dor, na maioria dos prontuários (56%) havia registro de dor intensa, enquanto que dor leve representou 28,0% (n=7) da amostra e dor moderada 16% (n=4). Tais dados também se aproximam dos encontrados no estudo de Silva e Pimenta (2003), em que os achados relativos à intensidade da dor coincidiram na análise dos pacientes e nos registros dos profissionais. No estudo citado, a dor intensa também foi mais prevalente do que a dor leve e a moderada.

Ressalta-se que a intensidade da dor, apesar de documentada na maior parte dos prontuários dos doentes (39,7%), não foi baseada na utilização de instrumentos padronizados para mensuração da dor, e sim nas análises individuais dos profissionais, o que demonstra a necessidade de implementar a avaliação sistemática desse sintoma na instituição.

Em consonância aos resultados do presente estudo, pesquisadores descreveram a documentação da enfermagem relativa ao manejo da dor no pós-operatório, encontrando a avaliação da dor baseada, principalmente, no auto-relato dos pacientes; e menos de 10% dos prontuários continham anotações sobre avaliação sistemática com um instrumento de mensuração da dor. Além disso, a localização da dor foi documentada em 50% dos prontuários e a

característica da dor em apenas 12%, o que difere do nosso estudo (IDVALL; EHRENBORG, 2002).

Em 28,1% (n=16) dos prontuários havia registro sobre a duração da dor. Desses 16, em 62,5% (n=10) encontrou-se documentada dor contínua/persistente e em 37,5% (n=6) dor intermitente. Tais dados diferem dos colhidos com os pacientes, em que a maior parte relatou sentir dor de caráter intermitente (41,7%).

Sobre o tratamento não-farmacológico, observa-se que, na grande maioria dos prontuários (92,1%), não havia quaisquer registros de sua implementação, coincidindo com o fato da maioria dos pacientes também relatar não fazer uso das estratégias não-medicamentosas para o alívio da dor. Esse resultado apresenta-se como um problema universal, pois as pesquisas internacionais, continuamente, evidenciam tais achados, mostrando que terapias não-farmacológicas são subutilizadas e sua efetividade também é raramente documentada, dificultando ainda mais o manejo do paciente com dor (COYNE et al, 1998).

No estudo atual, destaca-se o aumento na prescrição de adjuvantes analgésicos, como antidepressivos e anticonvulsivantes, evidenciados em 41,3% dos prontuários, o que se acredita estar relacionada ao fato de, aproximadamente, mais de 40% da dor na aids ter características neuropáticas, sendo especialmente importante o papel desses medicamentos no tratamento do paciente hospitalizado (WORTLEY, 2010).

Quanto à analgesia prescrita, apenas em três prontuários visualizaram-se registros referentes à resposta do paciente à terapêutica implementada, bem como da satisfação por ele referida. Nesses casos, os profissionais apenas descreveram que o paciente havia relatado melhora importante do quadro algico, não especificando tal melhora e as repercussões desta.

É, portanto, cada vez mais evidente a importância da avaliação da dor como o 5º sinal vital nas instituições de saúde em geral (FONTES; JAQUES, 2007), o que implica em avaliar a qualidade da dor e os fatores associados à sua melhora ou piora, na busca da implementação de um cuidado mais direcionado à eficácia analgésica. Autoras acrescentam que a existência de queixa dolorosa deve ser investigada durante toda a internação, devendo incluir: caracterização

do local, da intensidade, da frequência, da duração e da qualidade do sintoma, e deve ser registrada em instrumentos desenvolvidos pela instituição (SILVA; PIMENTA, 2003).

Desse modo, verificaram-se poucos registros sobre a qualidade da dor dos doentes, o que ocorreu em apenas 15 (26,3%) prontuários. A Tabela 6 reúne essa variável, bem como os fatores de alívio e agravo e os prejuízos gerados pela dor para o paciente.

TABELA 6 – Qualidade, fatores de melhora/piora e prejuízos advindos da dor registrados em prontuários de pacientes com aids hospitalizados. Fortaleza-CE, maio-setembro 2010

Características	n	%
Qualidade (n=15)		
Que irradia	5	33,3
Pulsátil	3	20,0
Em queimação	1	6,7
Em pontada	1	6,7
Em aperto	1	6,7
Alodínia	1	6,7
Tipo cólica	1	6,7
Generalizada	1	6,7
Fatores de melhora (n=10)		
Medicações	6	60,0
Repouso	2	20,0
Alimentação	1	10,0
Evacuação	1	10,0
Fatores de piora (n=25)		
Palpação	5	20,0
Eliminações	5	20,0
Mobilização	4	16,0
Respiração (inspiração)	4	16,0
Alimentação	3	12,0
Deambulação	1	4,0
Tosse	1	4,0
Deglutição	1	4,0
Atividades de vida diária	1	4,0
Prejuízos (n=10)		
Deambulação prejudicada	3	30,0
Insônia	3	30,0
Limitação para fletir o joelho	1	10,0
Hiporexia	1	10,0
Pior desempenho no trabalho	1	10,0
Dispneia	1	10,0

Observa-se que os descritores apreendidos na pesquisa relacionam-se, intrinsecamente, às localizações registradas nos prontuários e seus respectivos fatores causais. Desse modo, a dor de caráter pulsátil foi mais associada às cefaleias, principalmente nos pacientes com neurotoxoplasmose; dores em queimação e em pontada tiveram relação com a topografia do abdome, nos casos de síndrome diarreica, histoplasmose e outras infecções oportunistas que afetam o trato gastrointestinal; dores em aperto, irradiando para outros locais, associaram-se às dores torácicas, presentes, em sua maioria, nos portadores de pneumocistose e tuberculose pulmonar.

A inexistência de instrumentos na instituição não impediu que a dor fosse avaliada e registrada, conforme já discutido por Rigotti e Ferreira (2005). Desse modo, observando os registros nos prontuários, a mensuração das características da dor compreendeu, além da identificação dos aspectos relativos ao início da queixa, localização, intensidade, qualidade, frequência e duração, a investigação dos fatores de melhora e piora do sintoma (n=25).

O conhecimento de tais fatores, bem como dos prejuízos gerados pela dor, é imprescindível ao estabelecimento de metas para o cuidado ao paciente hospitalizado, pois norteia as ações do enfermeiro e do médico na prescrição das melhores alternativas analgésicas de forma individualizada. Isso significa que, naqueles pacientes em que a mobilização e a deambulação corresponderem a fatores de agravamento da dor, por exemplo, os profissionais irão intervir de forma a promover o máximo de repouso e conforto, e assim por diante.

Portanto, foi possível constatar que, nos prontuários estudados, a caracterização da dor superou os achados da literatura, principalmente quanto à descrição dos fatores de melhora/piora e da qualidade da dor, dados pouco encontrados nos registros dos prontuários de pacientes hospitalizados. Apesar disso, é necessária atenção dos profissionais quanto a seguir esse mesmo direcionamento de registro em todos os pacientes que apresentarem queixas algícas durante a internação, já que se observou grande parte dos prontuários que não trazia informações mais detalhadas sobre essa situação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a construção de um conhecimento clínico e gerencial no tocante ao manejo da dor do paciente com aids hospitalizado. As interfaces desse manejo foram elucidadas ao longo das entrevistas com os profissionais, tendo sido melhor compreendidas quando levantada a perspectiva dos pacientes sobre o cuidado recebido e analisados os registros nos documentos do serviço.

Deste modo, percebe-se que a triangulação de métodos, como opção do estudo, possibilitou esclarecer as principais características da dor nos pacientes, após união dos dados coletados nas entrevistas, nos formulários e nos prontuários.

Foi possível evidenciar, num primeiro momento, que o manejo da dor na instituição de referência ocorre, essencialmente, baseado em três aspectos: identificação das características da dor; avaliação do paciente, principalmente baseada no relato verbal; e, finalmente, implementação do cuidado clínico, em que se prioriza o tratamento farmacológico em detrimento das medidas não-farmacológicas disponíveis na prática.

A ênfase na terapia farmacológica, conforme prescrita pelo profissional médico, reflete uma assistência à dor dos portadores do HIV/aids, que segue, predominantemente, o modelo biomédico e tecnologicista de cuidado. Tal fato explica a lacuna de conhecimento e a falta de experiência dos profissionais para a execução de um cuidado mais específico e individualizado nessas situações. No entanto, no que diz respeito a outras formas de intervenção à dor, os profissionais enfatizaram a participação de outros membros da equipe de saúde, como a fisioterapia e a psicologia.

Em segundo lugar, a estrutura gerencial do serviço para o cuidado à dor foi identificada, considerando-se aspectos favoráveis e desfavoráveis. Percebeu-se que a instituição, apesar de ser considerada de referência, mostrou um atendimento fragilizado, em que os profissionais até conseguem visualizar as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano para atender a dor, no entanto realizam um cuidado informal, baseado em percepções individuais, não fazendo uso de modelos preconizados como o uso de escalas ou instrumentos destinados à avaliação mais acurada da dor.

Constataram-se, como principais fatores impeditivos ao adequado manejo: a demanda elevada de pacientes, a inexistência de um atendimento específico/protocolos para gerenciar as decisões relacionadas à dor, bem como as frequentes falhas interinstitucionais quanto à referência e contra-referência. Como condições favoráveis, destacaram-se a disponibilidade de recursos materiais, humanos e organizacionais, além do fato da instituição ser de referência, o que denotava a existência de uma equipe capacitada para atender as inúmeras queixas levantadas pelos doentes nos atendimentos diários.

O perfil da clientela foi de pessoas com aids diagnosticadas há, aproximadamente, 6 anos, com idade média de 37,6 anos, em sua maioria solteira (66,7%), do sexo masculino (69,8%) e com baixo nível socioeconômico. Quanto ao perfil da dor referida, esta se mostrou, predominantemente, de caráter intermitente, presente na maior parte da amostra estudada (41,7%), afetando inúmeros órgãos e sistemas do corpo, principalmente as regiões da cabeça, abdome, extremidades, tórax e coluna lombar. Os pacientes conheciam as causas de suas dores, na maioria das vezes, indicando as infecções oportunistas como as principais responsáveis. Os testes de associação entre variáveis mostraram a inexistência de associação entre algumas características da dor, como localização e frequência, com tempo de diagnóstico e terapia antirretroviral em uso, o que difere dos dados da literatura.

Quanto ao cuidado recebido para a dor, evidenciou-se satisfação entre a maioria dos pacientes, demonstrando um resultado positivo diante da possibilidade de eficácia analgésica, em que a medicação administrada se mostrou eficaz para a melhora do quadro de dor.

Verificou-se a necessidade de repensar o atual manejo da dor na instituição, o que implica em reestruturar o modelo de gerenciar o cuidado ao paciente hospitalizado, aprimorar os recursos organizacionais, materiais e humanos ali atuantes, capacitando-os para a avaliação da dor como rotina, além de criar uma cultura de análises e registros acurados desse sintoma, para que terapêuticas sejam melhor implementadas e garantam satisfação analgésica ao paciente.

Como limitação do estudo, acredita-se que a avaliação da dor pelo relato verbal do paciente foi de extrema importância, porém teria sido mais fidedigna se fosse realizada no momento da queixa, pois os resultados sobre características, intensidade, frequência, entre outros fatores, seriam melhor analisados e tratados. Sugere-se que, em estudos posteriores com a mesma

clientela, sejam aplicados instrumentos testados e validados para o manejo da dor no momento da queixa do paciente, permitindo maior acurácia dos dados.

Assim sendo, a gerência do cuidado à dor implementada pelos profissionais de enfermagem, no serviço de referência ao atendimento do paciente com aids do estado do Ceará, precisa se adaptar às mais recentes orientações científicas para esse cuidado. Isso inclui o uso de escalas unidimensionais e multidimensionais para a avaliação da dor, na busca de se conhecer os indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registros, protocolos para orientar o cuidado e gerar documentos para avaliação mais específica dos casos. Dessa forma, a dor nos pacientes com aids deve ser diagnosticada precocemente, visando ao alívio do quadro agudo e das repercussões desta para a vida afetiva, social e emocional dos portadores.

Conclui-se assegurando que os resultados desse estudo serão divulgados na instituição em que foi realizada, na busca de apresentar os dados obtidos e a análise clínico-gerencial da instituição quanto ao manejo da dor do paciente com aids hospitalizado. Além disso, será sugerida a implementação de um programa de capacitação para registro, avaliação, exame físico e tratamento da dor com profissionais especialistas no assunto, e, posteriormente, a construção de um ambulatório destinado, exclusivamente, a esse fim.

REFERÊNCIAS

AIRES, E.M.; BAMMANN, R.H. Pain in Hospitalized HIV-Positive Patients. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.9, n.3, p.201-208, 2005.

ALVES, I.C.; PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J.R. A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores de hiv/aids. **R Enferm UERJ**, v.12, p.133-139, 2004.

AOUIZERAT, B.E.; MIASKOWSKI, C.A.; GAY, C.; PORTILLO, C.J.; COGGINS, T.; HARVEY, D. et al. Risk factors and symptoms associated with pain in HIV-infected adults. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v.21, n.2, p.125-133, mar./apr. 2010.

AZEVEDO, S.C. O Processo de Gerenciamento X Gestão no Trabalho do Enfermeiro. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_politica05.pdf. Acesso em 13 out. 2010.

BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L.; NASCIMENTO, K.C.; LESSMANN, J.C. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.spe, p.71-78, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BELLINO, F. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: EDUSC; 1997.

BORGES, M.S.; QUEIROZ, L.S.; RIBEIRO, A.S. A gente não quer só remédio: representações de pacientes sobre o cuidado de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v.14, n.2, p.219-225, abr./jun. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 138 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O que é HIV e aids. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>. Acesso em 13 out. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44p.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 44p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2010_0.pdf. Acesso em 8 de nov. 2010.

BRAVIN, F. **HIV + e a dor crônica**. Disponível em: <http://drfranciscobravim.site.med.br/index.asp?PageName=HIV-2B-20e-20a-20Dor-20Cr-F4nica>. Acesso em 21 nov. 2009.

BREITBART, W.; KAIM, M.; ROSENFELD, B. Clinician's perceptions of barriers to pain management in AIDS. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.18, n.3, p.203-212, sep.1999.

BRESSAN, F.R.; NETO, O.A.; NÓBREGA, M.S.; JÚNIOR, N.T. Estratégia para a implementação de um Serviço de Tratamento da Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. **Rev Dor**, v.11, n.1, p.45-49, 2010.

BUDÓ, M.L.D.; RESTA, D.G.; DENARDIN, J.M.; RESSEL, L.B.; BORGES, Z.N. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.12, n.1, p.90-96, mar. 2008.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CARVALHO, N.V. Diarreia na AIDS - abordagem diagnóstica. Disponível em: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=461&langtype=1046>. Acesso em 25 out. 2010.

CASTRO, A.B. A clínica de dor: origem, desenvolvimento e classificação. In: _____. **A clínica de dor: organização, funcionamento e bases científicas**. Curitiba: Maio, 2003. p.14-25.

CASTRO, A.B. Aids e dor. In: Neto AO (org.). **Dor: princípios e prática**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.810-817.

CASTRO E SILVA, C.R. A Amizade e a Politização de Redes Sociais de Suporte: reflexões com base em estudo de ONG/Aids na Grande São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.4, p.721-732, 2009.

CHAVES, I. **Sida e cuidados paliativos**. Disponível em: www.cpihts.com/PDF02/Inês%20Chaves.pdf . Acesso em 12 abr. 2009.

CHAVES, L.D. O processo de enfermagem no atendimento do indivíduo com dor. In: CHAVES, L.D.; LEÃO, E.R. (Eds.). **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Editora Maio; 2004, p.51-58.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S. **Habilidades na gerência do cuidado: aspectos conceituais e suas aplicações**. Disponível em: <http://www.uff.br/anaissegerenf/pdf/PALESTRA%20HABILIDADES%20NA%20GER%CANCIA%20BARBARA.pdf>. Acesso em 12 dez. 2008.

CICHOCKI, M. **HIV related pain**. Disponível em: http://www.thewellproject.org/en_US/Living_Well/Health/HIV_Pain_Mgmt.jsp. Acesso em 12 out. 2009.

COSTA, S.P.; PAZ, A.A.; SOUZA, E.N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.1, p.62-69, mar. 2010.

COYNE, M.L.; SMITH, J.F.H.; HIESER, M.J.; HOOVER, L. Describing pain management documentation. **MedSurg Nursing**, Fev. 1998. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_n1_v7/ai_n18607698/pg_5/?tag=content;col1. Acesso em 30 Out. 2010.

DANTAS FILHO, V.P.; SÁ, F.C. O cuidado na prática médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.189-194, 2009.

DELLAROZA, M.S.G.; FURUYA, R.K.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K.N. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev Assoc Med Bras.**, v.54, n.1, p.36-41, 2008.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p.185-90, set./dez. 2006.

FALEIRO, S.N. **A pesquisa científica**. Disponível em: http://ensino.univates.br/~snf/mettecn/Cap3_Pesquisa_cient%EDfica.ppt. Acesso em 14 nov. 2009.

FERNANDES, M.S. **A produção e a gestão do cuidado: notas cartográficas dos atos cuidadores do enfermeiro no cotidiano hospitalar**. 2006. 234p. Tese (Doutorado): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERNANDES, S.G. **Dor no doente com AIDS: prevalência e características**. 2000. 84p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERREIRA, B. **Análise de Conteúdo**. Disponível em: <http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm>. Acesso em 22 abr. 2010.

FERREIRA, K.A.S.L.; TEIXEIRA, M.J. Princípios gerais do tratamento da dor. In: Neto AO (org.). **Dor: princípios e prática**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.943-956.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v.24, n.3, p.180–188, 2008.

FIGUEIRÓ, J.A. Projeto visa melhor assistência na área de dor e cuidados paliativos. **Rev Prática Hospitalar**, ano V, n.29, set.out. 2003. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2029/paginas/materia%2008-29.html>. Acesso em 13 Dez. 2009.

FONTANELLA, B.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FONTES, K.B.; JAQUES, A.E. O papel da Enfermagem frente ao monitoramento da Dor como 5º Sinal Vital. **Ciênc Cuid Saúde**, v.6, n.2, p.481-487, 2007.

FREITAS, C.C.; VIEIRA, P.R.; TORRES, G.V.B.; PEREIRA, C.R.A. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor**, v.10, n.1, p.56-62, 2009.

FRICH, L.M.; BORGBJERG, F.M. Pain and pain treatment in Aids patients: a longitudinal study. **Journal of pain and symptom management**, v.19, n.5, p.339-347, may.2000.

GADELHA, M.I.P. Tratamento da dor como política pública. In: Neto AO (org.). **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.141-142.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GÓES, S. Hospital São José comemora 35 anos dedicados ao atendimento de doenças infecciosas. Portal de Serviços e Informações do Estado do Ceará, Fortaleza, 31 mar. 2005. Disponível em: http://www25.ceara.gov.br/noticias/noticias_detalhes.asp?nCodigoNoticia=14488. Acesso em 01 out. 2010.

GRAY, G.; BERGER, P. Pain in women with HIV/AIDS. **Pain**, v.132, 2007, p.13-21.

HOLZEMER, W.L.; HENRY, S.B.; REILLY, C.A. Assessing and managing pain in Aids Care: the patient perspective. **Journal of the Association of Nurses in Aids Care**, v.9, n.1, p.22-30, jan./feb. 1998.

HUGHES, A.M.; JONES, D. **Impatient management of the adult with advanced HIV disease.** Disponível em: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-03-04>. Acesso em 08 jul. 2010.

IASP. International Association for the Study of Pain. Pain in AIDS: a call for action. **Pain**, v. IV, March 1999. Supplement 1.

IDVALL, E.; EHRENBORG, A. Nursing documentation of postoperative pain management. **J Clin Nurs.**, v.11, n.6, p.734-742, nov. 2002.

JUNIOR, A.G.S.; ALVES, C.A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41.

KARUS, D.; RAVEIS, V.H.; ALEXANDER, C.; HANNA, B.; SELWYN, P.; MARCONI, K. et al. Patient reports of symptoms and their treatment at three palliative\care projects servicing individuals with HIV/Aids. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.30, n.5, p.408-17, nov. 2005.

KIMBALL, L. R.; MCCORMICK, W.C. The pharmacologic management of pain and discomfort in persons with aids near the end of life: use of opioid analgesia in the hospice setting. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.11, n.2, p.88-94, 1996.

LARUE, F.; FOUNTAINE, A.; COLLEAU, S.M. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. **BMJ**, v.314, n.7073, p.23, 1997.

LEITE, F.; GOMES, J.O. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. **Rev. Ciênc. Méd.**, v.15, n.3, p.211-21, mai./jun. 2006.

LEITE, A.C.S.; SALES, N.C.; OLIVEIRA, R.M. Evidências de alterações no padrão de sono em mulheres com fibromialgia. **Revista Nursing**, v.131, n.12, p.166-170, 2009.

LOESER, J.D. In: Neto AO (org.). **Dor: princípios e prática.** 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.355-369.

MATHEWS, W.; MCCUTCHEON, J.A.; ASCH, S. National estimates of HIV-related symptom prevalence from the HIV Cost Services Utilization Study. **Med Care**, v.38, p.762, 2000.

MC COLLUM, A.E.; PITTMAN, J.R. **Gestão da dor.** Disponível em: <http://bayloraids.org/curriculum/portuguese/files/23.pdf>. Acesso em 10 mai. 2010. p.308-318.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. editors. **Classification of chronic pain**. Seattle: International Association for the Study of Pain; 1994. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2687>. Acesso em 2 set. 2009.

MILDMAY, V.M. Controlando a dor. **Boletim Ação Anti-AIDS**, n.39, p.8, jan./mar. 1998.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244p.

MUNIZ, E.C.S.; THOMAZ, M.C.A.; KUBOTA, M.Y.; CIANCI, L.; SOUSA, R.M.C. de. Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jouvett para avaliação do nível de consciência. **Rev Esc Enf USP**, v.31, n.2, p.287-303, ago. 1997.

MUÑOZ, A.; PALACIO, H.; LI, X.; WILSON, T.E.; SACKS, H.; COHEN, M.H. et al. Healthcare use by varied highly active antiretroviral therapy (HAART) srata: HAART use, discontinuation and naivety. **AIDS**, v.18, p.628-630, 2004.

NAIR, S.N.; MARY, T.R.; PRARTHANA, S.; HARRISON, P. Prevalence of pain in patients with HIV/AIDS: a cross-sectional survey in South Indian state. **J palliative care**, v.15, n.1, p.67-70, 2009.

NEWSHAN, G.; LEFKOWITZ, M. Transdermal fentanyl for crhonic pain in Aids: a pilot study. **Journal of Pain and symptom management**, v.21, n.1, p.69-76, jan.2001.

OLIVEIRA, R.M. **A dor como o 5º sinal vital na prática de enfermagem: desenvolvimento, implantação e avaliação de um protocolo**. 2009. 69p. Monografia (Enfermagem): Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, UECE, Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev Enfermagem UFPE On Line**, v.4, n.3, p.53-61, jul./set. 2010.

ORTEGA, E.I. O tratamento da dor como um direito humano. In: Neto AO (org.). **Dor: princípios e prática**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.77-90.

OWNBY, K.K. Effects of Ice Massage on Neuropathic Pain in Persons With AIDS. **Journal of Association of Nurses in AIDS Care**, v.17, n.5, p.15-22, sep. 2006.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.2, p.270-276, abr./jun. 2006.

PEDUZZI, M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PETERLINI, O.L.G. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. 2004. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol**, v.43, n.1, jan./fev./mar. 1997.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p.294-299, mar./abr. 2009.

POSSO, M.B.S.; SANT'ANNA, A.L.G.G.; GIARETTA, V.M.A.; CHAGAS, L.R. Terapêuticas não convencionais para o alívio da cefaleia. **Rev Dor**, v.11, n.2, p.122-129, 2010.

RIBEIRO, C.G.; COUTINHO, MARIA.P.L.; SALDANHA, A.A.W.; AZEVEDO, R.L.V. Concepção da aids: o que pensam os profissionais e os pacientes? concepção da aids. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.18, n.3, p.185-189, 2006.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

RIGOTTI, M.A.; FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v.12, n.1, p.50-54, jan./mar. 2005.

ROESSLER V, P. Manifestaciones Reumatológicas en Pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). **Reumatología**, v.23, n.4, p.151-155, 2007.

SAKATA, R.K.; HISATUGO, M.K.I.; AOKI, S.S.; VLAINISH, R.; ISSY, A.M. Avaliação da dor. In: CAVALCANTE, I.L.; MADALENA, M.L. editores. **Dor**. Rio de Janeiro: Editora SAERJ; 2003. p.53-94.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor cônica e a crença de auto-eficácia. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.1, p.135-140, 2007.

SEKADDE, M.; SCHWARZWALD, H. **Infecções oportunistas**. Disponível em: <http://baylorids.org/curriculum/portuguese/files/9.pdf>. Acesso em 3 nov. 2010.

SELLI, L.; CHECHIN, P.L. Mulheres HIV/AIDS: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 29, v.29, n.3, jul./set. 2005.

SELLI, L.; MENEGHEL, S.; JUNGES, J.R.; VIAL, E.A. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.32, n.1, p.85-90, jan./mar. 2008.

SILVA, Y.B.; PIMENTA, C.A.M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.37, n.2, p.109-118, 2003.

SPIRIG, R.; NICCA, D.; VOGGENSPERGER, J.; UNGER, M.; WERDER, V.; NIEPMANN, S. The advanced nursing practice team as a model for HIV/AIDS caregiving in Switzerland. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v.15, n.3, p.47-55, may./jun. 2004.

SWICA, Y.; BREITBART, W. Treating pain in patients with AIDS and a history of substance abuse. **West J Med**, v.176, p.33-39, jan. 2002.

TANCREDI, M.V. **Sobrevida de pacientes com HIV e Aids nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência**. 2010. 140p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, S.R.D.T. Epidemiologia da dor. In: Neto AO (org.). **Dor: princípios e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.57-69.

TEIXEIRA, M.J.; YENG, L.T.; ROMANO, M.A.; FERNANES, M.M. Abordagem multi e interdisciplinar de pacientes com dor crônica. In: CHAVES, L.D.; LEÃO, E.R. (eds). **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Editora Maio, 2004, p.34-49.

TESTA, M. **Pensar em salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.

TSAO, J.C.I.; STEIN, J.A.; DOBALIAN, A. Pain, problem drug use history, and aberrant analgesic use behaviors in persons living with HIV. **Pain**, v.133, p.128-137, mar. 2007.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VILA, V.S.C., MUSSI, F.C. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.35, n.3, p.300-307, 2001.

WORTLEY, R.H. **Manejo del dolor em HIV/SIDA**. Una puesta al día. Simposio virtual del dolor. Disponível em: <http://www.simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc013c.pdf>. Acesso em 10 ago. 2010.

YENG, L.T.; TEIXEIRA, M.J. Tratamento Multidisciplinar dos Doentes com Dor Crônica. **Rev Prática Hospitalar**, ano VI, n.35, set.-out. 2004. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2002-35.html>. Acesso em: 15 mai. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nº: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Categoria Profissional: Médico () Enfermeiro ()

Lotação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Vínculo empregatício: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de serviço no HSJ: _____

2. DADOS SOBRE A DOR**1. Você costuma atender pacientes portadores de Aids com dor crônica?**

Sim () Não ()

2. Se sim, com que frequência? Sempre () Muitas vezes () Raramente ()**3. Quais as principais queixas de dor nessa clientela? Liste-as.**

Cabeça () Membros superiores () Membros inferiores () Abdome () Orofaringe ()

Outros locais () _____

4. Na sua opinião, que fatores estão associados ao aparecimento de dor nesta clientela?

() Infecção pelo HIV

() Infecções oportunistas. Quais? _____

() Terapia antiretroviral. Quais? _____

() Terapia supressora

() Tempo de diagnóstico

() Fatores individuais (cite-os):(idade, sexo, etc) _____

() Outros: _____

4. Neste serviço, existe algum protocolo formal ou informal para avaliação da dor?

Sim () Não () Se sim, cite-o.

5. Fale para mim como tem sido feito o manejo da dor crônica associada à aids nos pacientes atendidos nesta instituição.**6. Entre as ações de cuidado que você executa ao paciente com aids no seu cotidiano, quais são consideradas específicas para o manejo da dor?****7. Na sua opinião, quais as dificuldades e as facilidades para o atendimento da dor crônica em pacientes de aids, nesta instituição?**

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS - PACIENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DA DOENÇA:

Iniciais: _____ Prontuário: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 1 Data adm. no HSJ: _____
 2 Procedência: _____
 3 Idade: _____
 4 Sexo: 1 () F 2 () M
 5 Escolaridade (em anos de estudo): _____
 6 Profissão-Ocupação: _____
 7 Renda Familiar: _____
 >= 1 salário mínimo () 1-3 salários mínimos () > 3 salários mínimos ()
 8 Estado Civil:
 1 () solteiro(a) 2 () casado (a) 3 () união consensual 4 () viúvo (a) 5 () divorciado
 9 Tempo de diagnóstico: _____
 10 Tempo de tratamento: _____
 11 Números de internações: _____
 12 Doenças pregressas e atuais: _____
 13 Motivo da internação: _____
 14 Medicamento em uso atual: _____

DADOS SOBRE DOR*:

- Qual foi o primeiro local que você procurou quando descobriu que estava com Aids?
- Depois que descobriu que estava com Aids, você já teve alguma doença que lhe causou dor?
Não () Sim () Especifique: _____
- Se sim, você sabe por que essa doença causou a dor? Explique.
- Você já procurou o hospital ou outra instituição de saúde por causa de dor? Sim () Não ()
- Explique como foi feito o atendimento para a sua dor no hospital.
- Em qual (is) parte (s) do corpo você sente mais dor? (assinale abaixo)
Cabeça () Braços () Pernas () Barriga () Garganta ()
Outros locais () _____
- Com que frequência a dor aparece? () Sempre () Às vezes () Poucas vezes
- Você costuma tomar algum remédio para dor? Sim () Não ()
 8.1. Se sim, qual e quem indica? _____
 8.2. Com que frequência você toma a medicação? _____
 8.3. Você acredita que esta medicação ajuda a diminuir sua dor? Sim () Não () Às vezes ()
- Além da medicação, o que você costuma utilizar para aliviar a dor?

- Que pessoas e/ou instituições cuidam de você quando sente dor?
 () Familiares. Especifique: _____
 () Amigos
 () Profissionais de saúde. Especifique: _____
 () Religião (Igreja/templo religioso etc). Especifique: _____
 () Outras. Especifique: _____
- Como você se sente em relação ao tratamento dado à sua dor neste hospital? Por que?
Muito satisfeito () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito ()
- Você teria alguma sugestão para o atendimento ao sintoma de dor aqui na instituição?

*Adaptado de Aires EM; Bammann RH. Pain in Hospitalized HIV-Positive Patients: Clinical and Therapeutical Issues. BJID 2005;9(3):201-208.

APÊNDICE C – CHECK-LIST: PRONTUÁRIOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____

Número do Prontuário: _____

Data da coleta: ____/____/____

2. DADOS SOBRE DOR E ANALGESIA

2.1. Registro de presença de dor em evoluções, folha de monitorização clínica, admissão do paciente:

Sim () Não ()

2.2 Se presente, qual profissional responsável pelo registro:

() Médico () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Psicólogo () Assistente Social

() Outro: _____

2.3. Características da dor registradas no prontuário:

() Localização. Especificar: _____

() Frequência. Especificar: _____

() Intensidade. Especificar: leve () moderada () intensa ()

() Qualidade. Especificar: _____

() Utilização de escala para avaliação. Especificar: _____

() Fatores de melhora/piora. Especificar: _____

() Prejuízos advindos. Especificar: _____

2.4. Analgesia prescrita

() Analgésicos simples. Especificar: _____

() Antiinflamatórios não-esteroidais. Especificar: _____

() Opióides (codeína, tramadol, morfina, fentanil, oxicodona, metadona).

Especificar: _____

() Adjuvantes (corticosteróides, anticonvulsivantes, antidepressivos, antiespasmódicos, anestésicos locais etc).

Especificar: _____

2.5. Relatos dos profissionais sobre a satisfação do paciente com a analgesia

Não () Sim (). Especificar: _____

2.6. Aplicação de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor

Não () Sim (). Especificar: _____

APÊNDICE D – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN

FASES:

1. RECORTE:

Unidades de registro (UR) escolhidas: Frases
Número de UR (total): 102

2. INVENTÁRIO

3. CATEGORIZAÇÃO

4. CODIFICAÇÃO

UNIDADES DE REGISTRO – CONSTRUINDO O INVENTÁRIO

1. *Basicamente o manejo aqui é feito, na emergência, com medicações né?*
2. *Às vezes a gente precisa instituir algum tratamento a longo prazo, algum antidepressivo...*
3. *a presença de uma equipe que trabalhe em conjunto pra tentar resolver esse problema, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, e a gente tem aqui!*
4. *...o serviço de/programa de atendimento domiciliar também é um papel fundamental no tratamento desse paciente.*
5. *Por ser um serviço de referência, a gente recebe muito paciente e atende!*
6. *Dificuldade eu acho que falta...seria um ambulatório específico de dor crônica com profissionais preparados pra isso, que a gente não tem nem aqui!*
7. *a gente tem costume de prescrever muito antidepressivo tricíclico, tipo amitriptilina, sabe?*
8. *alguns tem história de passado de herpes zoster e ficam com neuralgia, é muito freqüente esse tipo de coisa!*
9. *a gente também tem psicólogos no serviço, assim é multidisciplinar!*
10. *A gente tem muito paciente e não tem como focar num tratamento específico, assim só pra dor!*
11. *Facilidade é porque aqui é um hospital de referência né?*
12. *...a gente tem muitos medicamentos, tem muitos funcionários, tem fisioterapeuta, só não temos fonoaudiólogos! Temos psicólogos, assistente social...uma equipe que pode tratar isso daí, dar um suporte bom.*
13. *tem muito paciente sequelado!*
14. *a gente usa alguns analgésicos tipo dipirona, tylex...quando não cede, aí usa opióides né? tipo nubain e a morfina...*
15. *às vezes, são pacientes muito debilitados, acamados...*
16. *tem que ter a ajuda da fisioterapia motora e orientações de postura!*
17. *às vezes a gente fica só medicando e não tem aquela cultura da fisioterapia chegar junto né?*

18. *por não existir um protocolo de condução dessa dor...a gente faz o básico né? analgesia e fisioterapia motora.*
19. *muitas vezes eles continuam com sintomas!*
20. *pela medicação não tá adequada, porque ainda não tem o diagnóstico, pela falta, pela dificuldade de marcação e realização de exames, o paciente passa mais tempo com dor*
21. *a facilidade é que, a partir do momento que o diagnóstico é definido, aí a medicação é adequada também!*
22. *os médicos fazem as prescrições, solicitam os exames para esclarecer né? e alguns procedimentos assim alternativos.*
23. *Dificuldades é quando ele chega e demora a ser atendido;*
24. *quando é uma cefaléia você quer referenciar pra um neurologista e não tem no momento;*
25. *Facilidades é bater um raio x, fazer medicação, referenciar para um serviço específico..*
26. *....tem a desejar quanto a essa história de referência!*
27. *Não existe um protocolo para esse manejo da dor*
28. *Você observa a dor pela expressão facial*
29. *Tem prescrição pra dor se necessário.*
30. *Sempre que eles falam que tem dor, você tem que acreditar, e levar em consideração o que ele tá sentindo!*
31. *Dificuldades existem exatamente pela falta do protocolo né?*
32. *...vai mais da vivência, da observação, do seu olho clínico da própria infecção do HIV!*
33. *Nós aqui não temos, assim, um protocolo para esses pacientes, pra esse caso de dor crônica...*
34. *A gente encaminha, anota no prontuário durante o nosso atendimento, durante a consulta de enfermagem...*
35. *Muitas vezes a gente já tem solicitado a fisioterapia ta?*
36. *Específica para o manejo da dor, em relação ao cuidado de enfermagem...aqui não tem nada assim que eu considere específico!*
37. *A gente procura administrar uma medicação até que ele seja atendido pelo médico dele..*
38. *Quando ele não tá passando muito bem, ta com dor, a gente coloca na poltrona né? tenta dar um certo conforto a ele!*
39. *...a terapia ocupacional, o fisioterapeuta presente no ambulatório eu acho importante, o que não tem!*
40. *o nosso tempo de espera para a consulta é longa né?*
41. *a gente tem um pouco de dificuldade em relação ao profissional médico!*
42. *quando ele chega com uma dor e o médico assistente dele não está, a gente precisa mandar pro consultório, e a gente sabe que ele vai aguardar numa fila...*
43. *só a escala de glasgow que a gente trabalha aqui e que dá esse norte se o paciente ta sentindo dor ou não...*
44. *Em termos de intervenção mesmo, só a analgesia medicamentosa a gente tem acesso, sempre tá prescrito!*
45. *se não melhora com determinada medicação, eles passam outra...*
46. *...usuários de drogas, é difícil a gente desmamar do respirador, tirar a sonda e tirar a analgesia, porque ele tem uma dependência!*
47. *Dificuldades é que, em alguns pacientes, não existe medicação prescrita pra dor.*

48. *A maior dificuldade, no momento, é ter o médico assistencial...e também a não-aceitação, por parte de alguns pacientes, pela medicação prescrita.*
49. *O manejo da dor crônica aqui no HSJ é feita através do esquema de medicação específica pra dor mais o apoio do psicólogo e com a intervenção da família...*
50. *O que seria ideal era um protocolo sistemático, mas ainda não temos!*
51. *A parte da enfermagem é como se fosse uma assistência tanto terapêutica quanto psicológica*
52. *sempre que ele referir dor a gente estar pronto para interferir.*
53. *Existe a dificuldade de que, nem sempre, na nossa farmácia a gente tem, com disponibilidade, as medicações específicas pra cada dor...*
54. *...a gente não tem visto um tratamento pra dor crônica nos pacientes internados né?*
55. *...basicamente o que a gente tem feito é analgésico né?*
56. *eventualmente, dor crônica, a gente tem usado antidepressivo que ta disponível no SUS, a amitriptilina, aí tem também alguns anticonvulsivantes que tão disponíveis também como a carbamazepina...*
57. *...o hospital ficou pequeno pra eles!*
58. *tudo quanto é problema de saúde do paciente de HIV é enviado para cá pro hospital!*
59. *...as dificuldades que basicamente tem é porque tem uma demanda muito grande aqui no hospital e a gente não tem tempo suficiente pra poder dar pro paciente.*
60. *... essa questão do manejo da dor crônica e tudo mais, mais apropriadamente, seria conduzida na assistência básica.*
61. *Facilidade a gente tem a disposição de medicações, tem a questão do internamento, que você pode passar medicação pro paciente internado e monitorar a questão da resposta.*
62. *...os pacientes que apresentam dor geralmente esta associado a uma patologia/infecção oportunista*
63. *... você procura ver a dor dentro do contexto da clinica que o paciente apresenta, não vê como sintoma isolado né;*
64. *a gente procura medicamentos que aliviem a dor do paciente...né?*
65. *Eu pouco uso dolantina, porque tem uma dependência muito grande do paciente!*
66. *Algumas vezes você tem paciente com dores dor de difícil controle, mas não é a rotina né?*
67. *...por vezes, nesses pacientes, você tem mais dificuldades em função da própria resposta do paciente, da necessidade de medicações mais potentes né?*
68. *..aqui a gente não tem um serviço de dor!*
69. *... como a gente pega paciente já em estágio avançado da doença, muitas vezes é difícil o controle desse sintoma né?*
70. *a facilidade é que o hospital dispõe realmente de toda a medicação...*
71. *a equipe tem fisioterapeuta, tem uma equipe multidisciplinar que atua bem né?*
72. *Geralmente todos referem dor! A maioria são dores generalizadas...*
73. *...quando o médico já faz a prescrição, ele já deixa se necessário,*
74. *...tem alguns que ficam viciados, que não querem se necessário, aí ele fica de horário,*
75. *...muitas vezes, só em você chegar, conversar, ele vai relaxando...muitas vezes é carência!.*
76. *...não temos falta de medicamentos, os médicos são atenciosos, deixam tudo prescrito!*
77. *as facilidades são mesmo tudo está a nossa disposição né? por ser um hospital de referência!*
78. *...ele é atendido com medicamento analgésico, com medicamento pra dormir, pra ele relaxar...*
79. *...tem a fisioterapia também pra ajudar a ele, também, relaxar essa dor.*

80. *Outras ações é conscientizar o paciente né? conversar, orientar o lado que ele deve dormir pra passar a dor, um exercício né? uma fisioterapia também...*
81. *As facilidades é quando já está prescrito o medicamento, a gente faz rapidamente, administra e o paciente já refere melhora né?*
82. *É tudo viciado!*
83. *... tem uns que não querem mais fazer fisioterapia, porque sentem dor ao manuseio...*
84. *...não tem uma terapia pra tratar/minimizar a dor...*
85. *... aqui não tem especialista da dor.*
86. *A gente tem que investigar se ta relacionado à terapia antirretroviral ...*
87. *... às vezes você usa carbamazepina, gapapentina, amitriptilina, antidepressivos tricíclicos e outros neurolépticos.*
88. *Aqui não tem um serviço de cuidados específico de paciente com dor...*
89. *...suspeitando da dor, eu tenho que encaminhar e só vou ter um resultado se o paciente melhorou ou não na volta pra consulta que vai ser daqui a 4 meses depois...*
90. *... não existe uma equipe específica pra tratar a dor em pacientes com HIV, dor crônica...*
91. *... quando esse paciente não tem uma causa estabelecida bem óbvia pro quadro de dor, normalmente esse manejo ele tem sido realizado só com medicação mesmo analgésica e raramente se lança mão de outra forma de analgesia, como fisioterapia,*
92. *... quando é uma cefaléia e a gente não consegue a causa bem estabelecida, a gente lança mão de medicação analgésica e de fisioterapia quando a dor não cessa com os medicamentos mais simples.*
93. *... os profissionais de saúde não gostam de atender pacientes que se queixam de dor crônica né?*
94. *... outra dificuldade é não ter um momento, no ambulatório, destinado aos pacientes que têm dor né?*
95. *...outra dificuldade é a falta de protocolos bem estabelecidos pras medicações que seriam usadas praquelas dores bem definidas...*
96. *...não existe nenhum cuidado específico em relação propriamente a essa parte não..*
97. *a gente identifica que o paciente está com dor, olha o que está prescrito pra medicação e administra.*
98. *Não existe um foco da dor propriamente dita*
99. *a gente conversa com o paciente, tenta amenizar alguma coisa, mas não é nada formal, ou protocolado, é uma coisa informal!*
100. *não existe nenhum protocolo, é uma coisa pessoal de cada profissional né?*
101. *Eu tento conversar com o paciente, tentando amenizar o problema...*
102. *Tratamento interdisciplinar sobre a dor a gente não tem, mas medicamentos e profissionais pra prescrever e administrar a gente tem!*

QUADRO 1. Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática I: Dor associada à aids.

UNIDADES DE REGISTRO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO
1. Alguns tem história de passado de herpes zoster e ficam com neuralgia... é muito freqüente esse tipo de coisa! 2. ...muitas vezes eles continuam com sintomas! 3. Tem muito paciente sequelado! 4. Às vezes, são pacientes muito debilitados, acamados... 5. ... tem uns que não querem mais fazer fisioterapia, porque sentem dor ao manuseio... 6. Geralmente todos referem dor! A maioria são dores generalizadas... 7. ...usuários de drogas, é difícil a gente desmamar do respirador, tirar a sedação e tirar a analgesia, porque ele tem uma dependência! 8. Eu pouco uso dolantina, porque tem uma dependência muito grande do paciente! 9. ...tem alguns que ficam viciados, que não querem se necessário, aí ele fica de horário! 10. É tudo viciado! 11. Algumas vezes você tem paciente com dores dor de difícil controle... 12. ...por vezes, nesses pacientes, você tem mais dificuldades em função da própria resposta do paciente, da necessidade de medicações mais potentes né? 13. ... como a gente pega paciente já em estágio avançado da doença, muitas vezes é difícil o controle desse sintoma né?	SINTOMA PERSISTENTE E INCAPACITANTE DEPENDÊNCIA QUÍMICA DIFÍCIL CONTROLE	CARACTERIZAÇÃO DA DOR (CD)	CDSPI CDDQ CDDC
1. Você observa a dor pela expressão facial... 2. Sempre que eles falam que tem dor, você tem que acreditar e levar em consideração o que ele tá sentindo! 3. ...só a escala de glasgow que a gente trabalha aqui (UTI) e que dá esse norte se o paciente tá sentindo dor ou não... 4. ...vai mais da vivência, da observação, do seu olho clínico da própria infecção do HIV 5. ...você procura ver a dor dentro do contexto da clinica que o paciente apresenta, não vê como sintoma isolado né? 6. A gente tem que investigar se tá relacionado à terapia antirretroviral ... 7....os pacientes que apresentam dor, geralmente está associada a uma patologia/infecção oportunista...	AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL/ CREDIBILIDADE AO RELATO VERBAL INVESTIGAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS	AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DOR (ACD)	ACDACCVR ACDIFA

1. Basicamente o manejo aqui é feito, na emergência, com medicações né? 2. a gente tem costume de prescrever muito antidepressivo tricíclico, tipo amitriptilina, sabe? 3. a gente usa alguns analgésicos tipo dipirona, tylex...quando não cede, aí usa opióides né? tipo nubain e a morfina 4. Tem prescrição pra dor se necessário. 5. A gente procura administrar uma medicação até que ele seja atendido pelo médico dele 6. Em termos de intervenção mesmo, só a analgesia medicamentosa a gente tem acesso, sempre tá prescrito! 7. se não melhora com determinada medicação, eles passam outra... 8. O manejo da dor crônica aqui no HSJ é feita através do esquema de medicação específica pra dor mais o apoio do psicólogo e com a intervenção da família... 9. ...basicamente o que a gente tem feito é analgésico né? 10. eventualmente, dor crônica, a gente tem usado antidepressivo que ta disponível no SUS, a amitriptilina, aí tem também alguns anticonvulsivantes que tão disponíveis também como a carbamazepina... 11. a gente procura medicamentos que aliviem a dor do paciente...né? 12. ...ele é atendido com medicamento analgésico, com medicamento pra dormir, pra ele relaxar... 13. ...às vezes você usa carbamazepina, gapapentina, amitriptilina, antidepressivos tricíclicos e outros neurolépticos. 14. ... quando esse paciente não tem uma causa estabelecida bem óbvia pro quadro de dor, normalmente esse manejo ele tem sido realizado só com medicação mesmo analgésica e raramente se lança mão de outra forma de analgesia, como fisioterapia, 15. Às vezes a gente precisa instituir algum tratamento a longo prazo, algum antidepressivo... 16. ...quando o médico já faz a prescrição, ele já deixa se necessário! 17. ... quando é uma cefaléia e a gente não consegue a causa bem estabelecida, a gente lança mão de medicação analgésica e de fisioterapia quando a dor não cessa com os medicamentos mais simples. 18. ...a gente identifica que o paciente está com dor, olha o que está prescrito pra medicação e administra. 19. a equipe tem fisioterapeuta, tem uma equipe multidisciplinar que atua bem né? 20. tem a fisioterapia também pra ajudar a ele, também, relaxar essa dor. 21. a presença de uma equipe que trabalhe em conjunto pra tentar resolver esse problema, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, e a gente tem aqui! 22. a gente também tem psicólogos no serviço, assim é multidisciplinar!	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	CUIDADO CLÍNICO DA DOR (CCD)	CCDTF
---	--	--	---

23. ...a gente tem muitos medicamentos, tem muitos funcionários, tem fisioterapeuta, só não temos fonoaudiólogos! Temos psicólogos, assistente social...uma equipe que pode tratar isso daí, dar um suporte bom! 24. ...tem que ter a ajuda da fisioterapia motora e orientações de postura! 25. Muitas vezes a gente já tem solicitado a fisioterapia tá? 26. ...o serviço de/programa de atendimento domiciliar também é um papel fundamental no tratamento desse paciente. 27. A parte da enfermagem é como se fosse uma assistência tanto terapêutica quanto psicológica 28. Outras ações é conscientizar o paciente né? conversar, orientar o lado que ele deve dormir pra passar a dor, um exercício né? uma fisioterapia também... 29. ...muitas vezes, só em você chegar, conversar, ele vai relaxando...muitas vezes é carência! 30. ...a gente conversa com o paciente, tenta amenizar alguma coisa, mas não é nada formal, ou protocolado, é uma coisa informal! 31. Eu tento conversar com o paciente, tentando amenizar o problema...	ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR SUPORTE PSICOSSOCIAL	CUIDADO CLÍNICO DA DOR (CCD)	CCDAI CCDSP
---	---	---	---------------------------

QUADRO 2. Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática II: Estrutura gerencial para o cuidado à dor em pessoas com aids.

UNIDADES DE REGISTRO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO
1. Por ser um serviço de referência, a gente recebe muito paciente e atende! 2. Facilidade é porque aqui é um hospital de referência né? 3. ...tudo está a nossa disposição né? por ser um hospital de referência! 4. A facilidade é que, a partir do momento que o diagnóstico é definido, aí a medicação é adequada também! 5. ...os médicos fazem as prescrições, solicitam os exames para esclarecer né? e alguns procedimentos assim alternativos. 6. Facilidades é bater um raio x, fazer medicação, referenciar para um serviço específico... 7. ...a gente tem a disposição de medicações, tem a questão do internamento, que você pode passar medicação pro paciente internado e monitorar a questão da resposta. 8. ...o hospital dispõe realmente de toda a medicação... 9. ...não temos falta de medicamentos, os médicos são atenciosos, deixam tudo prescrito! 10. ...quando já está prescrito o medicamento, a gente faz rapidamente, administra e o paciente já refere melhora né? 11. A gente encaminha, anota no prontuário durante o nosso atendimento, durante a consulta de enfermagem... 12. ...e sempre que ele referir dor, a gente estar pronto para interferir! 13. Quando ele não tá passando muito bem, tá com dor, a gente coloca na poltrona né? tenta dar um certo conforto a ele!	SERVIÇO DE REFERÊNCIA DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E ORGANIZACIONAIS	CONDIÇÕES ESTRUTURAIS FAVORÁVEIS (CEF)	CEFSR CEFDRHMO
1. Dificuldade eu acho que falta...seria um ambulatório específico de dor crônica com profissionais preparados pra isso, que a gente não tem nem aqui! 2. Por não existir um protocolo de condução dessa dor, a gente faz o básico né? 3. Não existe um protocolo para esse manejo da dor! 4. Dificuldades existem exatamente pela falta do protocolo né? 5. Nós aqui não temos, assim, um protocolo para esses pacientes, pra esse caso de dor crônica! 6. ...nem sempre, na nossa farmácia, a gente tem, com disponibilidade, as medicações específicas pra cada dor... 7. ...a gente não tem visto um tratamento pra dor crônica nos pacientes internados	INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO ESPECÍFICO PARA A DOR	CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESFAVORÁVEIS (CED)	CEDIAED

néç 8. ...pela medicação não tá adequada, porque ainda não tem o diagnóstico, pela falta, pela dificuldade de marcação e realização de exames, o paciente passa mais tempo com dor! 9. O que seria ideal era um protocolo sistemático, mas ainda não temos! 10. ...aqui a gente não tem um serviço de dor! 11. ...não tem uma terapia pra tratar/minimizar a dor... 12. ... aqui não tem especialista da dor! 13. Aqui não tem um serviço de cuidados específico de paciente com dor... 14. ...não existe uma equipe específica pra tratar a dor em pacientes com HIV, dor crônica... 15. ...outra dificuldade é não ter um momento, no ambulatório, destinado aos pacientes que têm dor néç 16. ...outra dificuldade é a falta de protocolos bem estabelecidos pras medicações que seriam usadas pra aquelas dores bem definidas... 17. ...não existe nenhum cuidado específico em relação propriamente a essa parte não.. 18. Não existe um foco da dor propriamente dita! 19. não existe nenhum protocolo, é uma coisa pessoal de cada profissional néç 20. ...o hospital ficou pequeno pra eles! 21. tudo quanto é problema de saúde do paciente de HIV é enviado para cá pro hospital! 22. ...tem uma demanda muito grande aqui no hospital e a gente não tem tempo suficiente pra poder dar pro paciente! 23. A gente tem muito paciente e não tem como focar num tratamento específico, assim só pra dor! 24. Dificuldade é quando ele chega e demora a ser atendido! 25. Quando ele chega com uma dor e o médico assistente dele não está, a gente precisa mandar pro consultório, e a gente sabe que ele vai aguardar numa fila... 26. ...o nosso tempo de espera para a consulta é longa néç? 27. Quando é uma cefaléia, você quer referenciar pra um neurologista e não tem no momento! 28. ... tem a desejar quanto a essa história de referência! 29. ...suspeitando da dor, eu tenho que encaminhar e só vou ter um resultado se o paciente melhorou ou não na volta pra consulta que vai ser daqui a 4 meses depois... 30. A gente tem um pouco de dificuldade em relação ao profissional médico...! 31. Às vezes a gente fica só medicando e não tem aquela cultura da fisioterapia	DEMANDA ELEVADA FALHAS NA REFERÊNCIA/ CONTRA- REFERÊNCIA	CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESAVORÁVEIS (CED)	CEDDE CEDFRCR CEDFPE
--	--	---	---

chegar junto né? 32. ...essa questão do manejo da dor crônica e tudo mais, mais apropriadamente, seria conduzida na assistência básica. 33. Específica para o manejo da dor, em relação ao cuidado de enfermagem...aqui não tem nada assim que eu considere específico! 34. ...a terapia ocupacional, o fisioterapeuta presente no ambulatório eu acho importante, o que não tem! 35. Dificuldades é que, em alguns pacientes, não existe medicação prescrita pra dor. 36. A maior dificuldade, no momento, é ter o médico assistencial... 37. ...os profissionais de saúde não gostam de atender pacientes que se queixam de dor crônica né? 38. Tratamento interdisciplinar sobre a dor a gente não tem, mas medicamentos e profissionais pra prescrever e administrar a gente tem!	FALTA DE PROFISSIONAIS COM EXPERIÊNCIA	CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESAVORÁVEIS (CED)	
---	--	--	--

ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

Protocolo nº 063/2009

CAAE: 0063004200009

Título do projeto: "GERENCIA DO CUIDADO A PESSOA COM AIDS: ENFOQUE NA DOR CRONICA ASSOCIADA"

Instituições envolvidas: Hospital São José de Doenças Infecciosas - HSJ
Universidade Estadual do Ceará-UECE

Pesquisador Responsável: Roberta Menezes Oliveira

Co-investigador: Lucilane Maria Sales da Silva

PARECER CONSUBSTANCIADO

Analisamos o referido projeto de pesquisa, para retirada de pendências, no dia 22 de fevereiro de 2010. Constatamos que as pendências elencadas no parecer consubstanciado exarado pelo CEP-HSJ em 07 de dezembro de 2009 foram resolvidas:

Diante do exposto, consideramos o projeto **aprovado**.

Lembramos a necessidade do envio de relatório do andamento do projeto (primeiro para 22 de fevereiro de 2011) e de relatório final quando de sua conclusão, além de que qualquer mudança na proposta do estudo, deverá passar por uma prévia avaliação deste comitê. Outrossim, comunicamos que, mensalmente, o CEP-HSJ está monitorando pesquisas em execução no Hospital São José de Doenças Infecciosas escolhidas aleatoriamente.

Fortaleza, 08 de março de 2010


Dr. Robério Dias Leite
Coordenador do CEP-HSJ

Rua Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia Fortaleza / Ceará
CEP 60.455-610 PABX (85) 3101.2363 FAX (85) 3101.2319
e-mail: hsj@hsj.ce.gov.br